



Sandra Serra

**“Intervenções de Enfermagem na
Pessoa com sintomatologia depressiva:
o uso do relaxamento”**

Relatório do Trabalho de Projeto realizado no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem
Saúde Mental e Psiquiatria

Setembro, 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Relatório do Trabalho de Projeto realizado no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem
Saúde Mental e Psiquiatria

Trabalho realizado com orientação de:

Professor Lino Ramos

Setembro, 2014

*“Não basta saber, é
preciso aplicar, não basta
querer, é preciso fazer”*

Goethe

Agradecimentos:

Ao Professor Lino Ramos pela orientação...

Ao Enfermeiro Mário Rosmaninho pela orientação, disponibilidade, compreensão, sugestões, partilha, apoio e incentivo...

Aos enfermeiros do serviço que partilharam a sua experiência...

À minha família pelo amor, carinho e motivação....

E aos meus amigos pela apoio ...

A todos os que contribuíram para este caminhar, Obrigado.

Resumo

A Direção Geral de Saúde (2003) refere que a depressão clínica é uma das principais morbilidades psiquiátricas da pessoa com doença oncológica. Para além do sofrimento pessoal e familiar intenso, a depressão clínica apresenta um impacto significativo na modulação da dor e está igualmente implicada no aumento do suicídio.

A depressão pode afetar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade. Sendo a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública.

O tratamento da depressão é realizado através de terapêutica farmacológica, de intervenções psicoterapêuticas ou da complementação de ambas. Existem no entanto, outras técnicas que complementam o tratamento da depressão nomeadamente, a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. O relaxamento engloba algumas técnicas responsáveis por promover um estado de equilíbrio da ansiedade e da tensão muscular, oferecendo alternativas de como lidar com o stress e com as alterações somático-mentais.

As técnicas psicoterapêuticas ocupam hoje um lugar de destaque na área da saúde porque dão ao Homem uma visão holística de si próprio, levam o indivíduo a refletir sobre todos os aspetos pessoais para viver mais harmoniosamente, proporcionando o crescimento e desenvolvimento pessoal. Os enfermeiros devem estar atentos aos aspetos psicológicos e ter formação especializada que lhes permita intervir de forma adequada junto da pessoa e da família, requisitos fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade e excelência.

Palavras chaves:

Cuidar, Depressão, Técnica Relaxamento, Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, Metodologia de Projeto.

Abstract

The Directorate-General of Health (2003) states that clinical depression is one of the main psychiatric morbidities of the oncological patient. Beyond the intense personal and family suffering, clinical depression has a significant impact on the modulation of pain and is equally related to the increase of suicide.

Depression may affect people of all ages, from infancy through old age. Being the leading cause of disability and the second leading cause of loss of healthy life years among the most relevant 107 diseases and health issues, depression is recognized in the National Health Plan 2000-2010 as a primary problem of public health.

The treatment of depression is conducted by means of pharmacological therapy, psychotherapeutic interventions, or the supplementation of both. There are, however, other techniques that complement the treatment of depression, namely Jacobson's progressive relaxation technique. Relaxation involves some techniques that promote a balanced state of anxiety and muscle tension, thus offering alternatives for dealing with stress and somatic-mental changes.

Psychotherapeutic techniques have nowadays a prominent place in the field of health care because they give mankind a holistic view of itself, leading the individual to reflect on all personal aspects to live more harmoniously, thus generating personal growth and development. Nurses must be attentive to psychological aspects and possess specialized training that enables them to intervene adequately close to the person and the family, fundamental requirements for providing care of quality and excellence.

Keywords:

Care, Depression, Relaxation Technique, Mental Health and Psychiatric Nursing, Project Methodology.

SIGLAS

CHCS – Centro Hospitalar Centro Sul

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLEESMP – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESS-IPS – Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal

OMS -Organização Mundial de Saúde

P.A.C. - Projeto de Aprendizagem Clínica

P.I.S – Projeto de Intervenção em Serviço

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

UICDP - Unidade Internamento de Curta Duração de Psiquiatria

INDICE

INTRODUÇÃO	9
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
1.1 - DEFINIÇÃO DE DEPRESSÃO	13
1.2 - DEPRESSÃO NAS PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA	20
1.3 – ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO	24
1.4 – TRATAMENTO DA DEPRESSÃO	26
1.4.1 – Técnica de relaxamento de Jacobson	35
2 - MODELO TEÓRICO DE HILDEGARD PEPLAU	39
3 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO	44
3.1 - DIAGNÓSTICO	45
3.2 - PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES	47
3.3 – DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	47
3.4 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES	55
4 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	59
5– REFLEXÃO FINAL	111
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS	121
APÊNDICE	122
Apêndice I - Artigo	122

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º curso Mestrado em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi proposto a elaboração de um relatório, demonstrando o resultado do projeto produzido durante o estágio e o trabalho desenvolvido, desenvolvendo assim, as competências de mestre.

A temática deste trabalho centra no desenvolvimento das competências na área da intervenção de enfermagem na Pessoa com sintomatologia depressiva, através do uso do relaxamento no seu tratamento assim como os seus benefícios.

Segundo Boterf (2003, p.214), *“toda a aquisição de capacidades, de conhecimentos ou de competências supõe uma atividade de aprendizagem e, portanto, um investimento pessoal”*.

A competência não é inata, adquire-se e desenvolve-se, sendo melhorada ao longo do tempo e na ação. Boterf (1994) considera que não existe competência sem ser na ação, aliás, defende que a competência se encontra no cruzamento de três domínios: o sujeito com a sua história e socialização, a situação profissional e a formação profissional. Para um indivíduo ser competente é necessário que possua um conjunto de recursos (conhecimentos, capacidades cognitivas, capacidades relacionais, etc.), mas para que este aceda ao estatuto de competente é necessário que os mobilize na ação.

Como a sua experiência profissional tem sido na área médico-cirúrgica oncológica, decidiu realizar o estágio no serviço de internamento de agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Centro Sul, EPE; com o objetivo de adquirir e/ou desenvolver competências nesta área de forma a que permita melhorar o seu desempenho, pois muitas vezes as pessoas do foro oncológico possuem também patologia do foro psiquiátrico, sendo a depressão a mais frequente nestas pessoas.

Existindo uma oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção que focalizasse a ajuda à pessoa com depressão, devido à necessidade sentida pela equipa em ser mais proactiva no acompanhamento a pessoas internadas com este tipo de patologia. Constatou a necessidade de realizar sessões de *“Técnica de Relaxamento”* nas pessoas com depressão, devido a esta estar incorporada no projeto de formação de serviço e ser

necessário o seu desenvolvimento, com atividades especializadas em enfermagem de saúde mental.

Tendo sido desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), essencialmente no âmbito da aquisição/aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas e um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), essencialmente no âmbito da aquisição/aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental. O estágio proporcionou um espaço de aprendizagem que conduziu ao desenvolvimento de competências especializadas ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação em processos associados à enfermagem de saúde mental e psiquiatria, permitindo o desenvolvimento de *boas práticas* em contexto de trabalho.

Assim, o desenvolvimento de competências ao longo da experiência profissional conduz a uma maior segurança na tomada de decisão em enfermagem, constituindo uma mais valia para o avanço de enfermagem como ciência.

Este relatório tem como objetivo geral:

- Relatar o trabalho desenvolvido usando a técnica de relaxamento de jacobson nas pessoas com sintomatologia depressiva, assim como os resultados obtidos.

Como objetivos específicos:

- Apresentar os contributos teóricos que serviram de suporte teórico ao trabalho;
- Descrever o projeto realizado;
- Analisar as competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre.

Estando dividido em cinco partes: na primeira, será apresentado a fundamentação teórica, onde será realizada a definição de depressão, a depressão nas pessoas com doença oncológica, a sua etiologia e o seu tratamento, compreendendo a abordagem psicofarmacológica, psicoterapêutica e psicossocial. Na segunda, efetua uma abordagem ao modelo teórico de Hildegard Peplau. Na terceira, descreve o projeto de intervenção em serviço, onde será mencionado a metodologia de projeto, o diagnóstico, o planeamento e as atividades desenvolvidas, assim como os resultados obtidos. Na quarta, realiza uma análise crítica do seu percurso de acordo com as competências de mestre, assim como o artigo produzido. Por último, uma reflexão final, sustentada num continuum formativo e reflexivo a nível profissional e pessoal.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A doença Mental foi percebida e interpretada de formas muito diversas ao longo da história, durante muito tempo explicada através de paradigmas pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos. As doenças mentais foram muitas vezes atribuídas ao castigo dos deuses, a possessões demoníacas, os remédios e soluções para os males do espírito procuravam-se junto dos que, baseados em conhecimentos e práticas ancestrais, muito enraizadas na cultura das populações, iam aliviando o sofrimento e satisfazendo as suas mais prementes necessidades de saúde.

Algumas doenças só poderão ser devidamente explicadas e compreendidas se os técnicos de saúde entenderem a sua dimensão social e cultural. Estudos de antropologia mostram que os «curadores tradicionais» se preocupam essencialmente em tratar a experiência humana da doença, explicando-a e respondendo às expectativas pessoais, familiares e comunitárias. Inversamente, alguns técnicos de saúde estão distantes e não oferecem às pessoas que os procuram, uma verdadeira e efetiva relação de ajuda, a qual deverá passar obrigatoriamente pelo apoio às suas necessidades emocionais (Amadeu, 1987).

O conhecimento da história de vida da pessoa, relativamente à doença, pode fazer a mediação entre a sua cultura, suas crenças, desejos e esperanças. Pode encaminhar os profissionais de saúde para uma visão holística da pessoa e a criação de uma relação empática técnica de saúde/pessoa, ao estabelecer de uma relação de confiança e por conseguinte a uma verdadeira e eficaz relação terapêutica.

Esta abordagem antropológica ao processo de cuidar, poderá permitir aos profissionais de saúde captar a complexidade e riqueza das relações interpessoais e, sobretudo, confrontá-los com o poder dos significados incorporados pela pessoa, ou seja, com as interpretações particulares dos processos de doença e respetiva valorização em termos pessoais e afetivos, podendo ainda revelar o significado que a situação/problema tem para o indivíduo.

O conhecimento da dimensão social e cultural da doença pode ajudar os profissionais de saúde a perceber como a cultura, crenças e valores podem interferir na perceção e interpretação dos sintomas/doença, bem como os comportamentos de procura de ajuda

tendentes à sua resolução ou seja, compreender os processos de auto reconhecimento da doença e de procura de ajuda subsequentes.

As rápidas mudanças sociais resultantes da globalização, do desenvolvimento económico, da industrialização e a da urbanização, têm causado efeitos profundos sobre a estrutura das comunidades, o funcionamento das famílias e o bem-estar psicológico das pessoas. Em muitos lugares, estas mudanças têm comprometido sistemas tradicionais de apoio psicossocial, reduzindo assim a capacidade dos indivíduos, das famílias e comunidades de enfrentarem adequadamente suas angústias, doenças e incapacidades físicas.

Assim, neste contexto, a depressão pode afetar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade. Os estados depressivos podem ser situações comuns e experienciadas por todos nós, no entanto, se este estado depressivo se mantém ou se agrava, pode dar origem a depressões mais graves. Sendo a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Os custos pessoais e sociais da doença são muito elevados.

Segundo um estudo realizado pela OMS em 2000, a depressão é mais comum nas mulheres do que nos homens, mostrou que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1,9 por cento nos homens e de 3,2 por cento nas mulheres. As mulheres têm episódios mais graves e mais complexos, bem como uma evolução clínica mais complexa, sendo a causa desconhecida.

Há um crescimento da depressão nos adolescentes e também nas crianças, há uma relação geralmente com predisposição genética, perturbações no desenvolvimento, exposição a acontecimentos stressantes, é transversal a todas as classes sociais. Podendo haver recuperação mais lenta nas classes sociais mais baixas.

A chamada depressão major é mais frequente em idades mais jovens, os idosos têm depressões mais “atenuadas” e com outros sintomas.

A Direção Geral de Saúde em 1991, levou a cabo um Censo Psiquiátrico em 66 hospitais portugueses, tanto públicos como privados, tendo verificado que a depressão surgia como a segunda patologia psiquiátrica mais frequente nas consultas e

internamentos hospitalares, sendo 14,9% das pessoas que recorreram aos serviços de saúde. Segundo a Deco Proteste (2006), verificou-se que 15% das pessoas com depressão prolongada correm o risco de se suicidarem.

A depressão, é atualmente considerada como o quarto maior problema de saúde pública e prevê-se que, nos próximos 20 anos, este distúrbio passe a ocupar a segunda posição da lista, apenas superado pelas doenças cardiovasculares. A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública.

1.1- DEFINIÇÃO DE DEPRESSÃO

A depressão ou episódio depressivo major caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou perda do interesse e prazer pela maior parte das atividades. Os principais sintomas são caracterizados por alterações no apetite ou peso, no sono, e na atividade psicomotora; assim como também por sentimentos de culpa, falta de concentração, pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida, planos e/ou tentativas de suicídio (Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais [DSM-IV], 2002).

A depressão é uma doença mental caracterizada por tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse por atividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil. No entanto, há quem manifeste a depressão com sintomas exclusivamente ansiosos.

Segundo a CIPE (2005), a depressão é definida como uma emoção com características específicas, sendo um estado em que a disposição está reprimida causando tristeza, melancolia, astenia, concentração diminuída, sensação de culpa, deterioração de compreensão e sintomas físicos, incluindo a insónia perda de apetite e dor de cabeça.

Para Songey, Azevedo & Teixeira citados por Coutinho (2003, pag.183), o indivíduo que sofre de depressão “*depara-se com sentimentos e pensamentos de pessimismo, desamparo, tristeza profunda, apatia, falta de iniciativa, descontentamento físico, dificuldade na organização e fluidez das ideias, comprometimento do julgamento cognitivo entre outros sintomas.*”

É comum apresentar sentimentos depressivos após experiências ou situações que nos afetam de forma negativa. O que difere é a intensidade, a duração, assim como a sua natureza, contrariamente ao que sucede na tristeza normal, a pessoa atingida pela depressão mostra-se insensível ao encorajamento, à amizade e ao amor. No entanto, se os sintomas se agravam e perduram por mais de duas semanas consecutivas, devem procurar ajuda de técnicos especializados.

A depressão pode ser episódica, recorrente ou crónica, e conduz à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do dia-a-dia. A depressão pode durar de alguns meses a alguns anos. Contudo, em cerca de 20 por cento dos casos torna-se uma doença crónica sem remissão. Estes casos devem-se, fundamentalmente, à falta de tratamento adequado. Existem fatores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos, por exemplo: condições de vida adversas, o divórcio, a perda de um ente querido, o desemprego, a incapacidade em lidar com determinadas situações ou em ultrapassar obstáculos, etc. Determinar qual o fator ou os fatores que desencadearam a crise depressiva pode ser importante, pois para a pessoa poderá ser vantajoso aprender a evitar ou a lidar com esse fator durante o tratamento.

A depressão é diagnosticada pela avaliação clínica da pessoa, identificação, enumeração, curso dos sintomas bem como pela presença de doenças que apresenta e da medicação que possa estar a tomar. A prevenção é a melhor abordagem, designadamente para as pessoas em situação de risco, pois permite a intervenção precoce de profissionais de saúde e impede o agravamento dos sintomas.

Durante muito tempo a depressão foi encarada como uma doença mental de origem orgânica ou como um distúrbio psicológico, fruto dos acontecimentos da vida e da personalidade, o que induzia em erro, limitando o tratamento à administração de medicamentos, sem prestar atenção aos problemas psíquicos e à psicodinâmica dos sintomas, ou seja à história e evolução ou desenvolvimento desses sintomas e ao papel que desempenham na vida da pessoa com depressão.

A classificação da depressão pode ser baseada na origem do distúrbio depressivo, sendo possível distinguir entre depressão endógena e depressão exógena.

A depressão endógena é um tipo de depressão que surge sem fatores que a desencadeiem, ou seja, motivos ou acontecimentos externos que possam justificar o seu aparecimento. Neste grupo estão incluídas as perturbações do humor que, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) da OMS e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), se podem dividir em perturbação depressiva unipolar e perturbação depressiva bipolar. A perturbação depressiva unipolar engloba o episódio depressivo (ou depressão major), a perturbação depressiva recorrente e a distímia.

O episódio depressivo caracteriza-se por humor deprimido, em que a pessoa comunica uma vivência de dor e abatimento tanto através da fala e da mímica, como do comportamento. Podemos falar de perturbação depressiva recorrente quando ocorreram dois ou mais episódios depressivos, separados por um período de remissão.

Segundo Guerreiro (2009), mais de 60% das pessoas que têm um episódio depressivo irá ter outro nos próximos vinte anos e quanto maior for o número de recorrências, menor será o tempo entre as mesmas. O termo distímia indica uma forma de depressão ligeira crónica em que a pessoa tem sintomas depressivos quase diariamente e durante grande parte do dia, por um período mínimo de dois anos.

A depressão exógena ou reativa está ligada à perda de um objeto de amor, que se pode traduzir na perda de uma pessoa querida ou de bens materiais, uma mudança a nível profissional ou de residência, etc. O luto que se vive constitui uma reação normal e necessária para se poder ultrapassar a perda, no entanto, no caso duma personalidade menos equilibrada ou, simplesmente, frágil será um luto mal assumido, que pode desencadear uma depressão. Alguns anos mais tarde, a tristeza ainda é tão intensa e profunda como no início, a vida dá a sensação de 'não andar para a frente' e, além disso, pode instalar-se um autentico culto obsessivo pelo objeto de amor depressivo.

A depressão crónica leve, ou distímia, caracteriza-se por vários sintomas também presentes na depressão major, mas eles são menos intensos e duram muito mais tempo pelo menos 2 anos. Os sintomas são descritos como uma "leve tristeza" que se estende na maioria das atividades, geralmente não se observam distúrbios no apetite ou no desejo sexual, mania, agitação ou comportamento sedentário. Os distímicos cometem suicídio na mesma proporção dos deprimidos grave, talvez devido à duração dos sintomas, as pessoas com depressão crónica não apresentam grandes alterações no

humor ou nas atividades diárias, apesar de se sentirem mais desanimados, desesperançosos, e serem mais pessimistas. As pessoas com doença crônica podem sofrer episódios de depressão maior (estes casos são conhecidos como depressão dupla).

A depressão maior é um transtorno psiquiátrico que afeta pessoas de todas as idades, caracteriza-se pela perda de prazer nas atividades diárias (anedonia), apatia, alterações cognitivas (diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente, de se concentrar ou/e de tomar decisões), psicomotoras (lentidão, fadiga e sensação de fraqueza), alterações do sono, alterações do apetite, redução do interesse sexual, retraimento social, ideação suicida e prejuízo funcional significativo (José Al, 1999).

O transtorno depressivo maior diferencia-se do humor "triste", que afeta a maioria das pessoas regularmente, por se tratar de uma condição duradoura (a maior parte do dia, quase todos os dias, pelo menos 2 semanas), de maior intensidade ou mesmo por uma tristeza de qualidade diferente da tristeza habitual, acompanhada de vários sintomas específicos e que trazem prejuízo à vida da pessoa. As pessoas com este tipo de depressão apresentam pelo menos 5 dos sintomas por um período não inferior a duas semanas:

- Desânimo na maioria dos dias e na maior parte do dia (em adolescentes e crianças há um predomínio da irritabilidade);
- Falta de prazer nas atividades diárias;
- Perda do apetite e/ou diminuição do peso;
- Distúrbios do sono, desde insônia até sono excessivo;
- Sensação de agitação ou languidez intensa;
- Fadiga constante;
- Sentimento de culpa constante;
- Dificuldade de concentração;
- Ideias recorrentes de suicídio ou morte;
- Começa a se preocupar com os pequenos problemas da vida;
- Tem dificuldade realizar as atividades de vida diária, como por exemplo, tomar banho, ler um livro e como assistir televisão.

Além dos critérios acima mencionados, devem ser observados outros aspectos importantes: os sintomas não devem estar associados a episódios maníacos (como no

transtorno bipolar); devem comprometer atividades importantes (como o trabalho ou os relacionamentos pessoais); não devem ser causados por drogas, álcool ou qualquer outra substância; e devem ser diferenciados de sentimentos comuns de tristeza. Geralmente, os episódios de depressão duram cerca de vinte semanas.

Os sintomas da depressão em adolescentes podem ser diferentes da dos adultos, incluindo tristeza persistente, incapacidade de se divertir, teimosia constante, irritabilidade acentuada, queixas frequentes de problemas como dores de cabeça e cólicas abdominais, mau desempenho escolar, demonstrando vontade de absentismo escolar, desânimo, diminuição da concentração, alterações nos padrões de sono e de alimentação.

Segundo Guerreiro (2009), os sintomas de depressão podem ser divididos em psíquicos, fisiológicos e comportamentais. De entre os sintomas psíquicos destacam-se os seguintes:

- Humor depressivo, é a sensação de tristeza, auto desvalorização e sentimentos de culpa. As pessoas costumam referir que tudo lhes parece fútil, sem importância. O deprimido julga-se frequentemente um peso para os familiares e amigos e, muitas vezes, invoca a morte para aliviar os que o assistem na doença. As motivações para o suicídio prendem-se com o facto de o pessoa perceber quaisquer dificuldades como obstáculos definitivos e intransponíveis, tendo tendência a valorizar as perdas sofridas. Sentem ainda o desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável. Os pensamentos relativos à morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas, dando a possibilidade a pessoa de expressar o que está a sentir;
- Anedonia, significa redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades antes consideradas como agradáveis, as pessoas deprimidos relatam que já não se interessam pelos seus passatempos favoritos como anteriormente. As atividades sociais são frequentemente negligenciadas e tudo parece ter o peso de terríveis ‘obrigações’;
- Fadiga ou sensação de perda de energia, as pessoas pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico. O tempo de execução das tarefas habituais pode tornar-se mais prolongado;

- Diminuições da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, decisões que eram quase automáticas parecem agora demorar uma eternidade. O curso do pensamento pode estar notavelmente lenificado.

Os sintomas fisiológicos podem ser distinguidos em quatro grupos:

- Alterações do sono, sendo a insónia descrita como a mais frequente, podendo ocorrer também hipersonolência. A insónia é maioritariamente intermédia (acordar no meio da noite, com dificuldades em voltar a adormecer) ou terminal (acordar mais cedo que o habitual);
- Alterações do apetite, o mais comum é a perda de apetite (anorexia), mas também pode acontecer o inverso. Muitas vezes, a pessoa precisa de se forçar para comer ou de ser ajudado por terceiros a alimentar-se;
- Redução da libido, outra das características habituais é a perda do interesse sexual;
- Sintomas físicos, são descritos queixas de dores articulares, nos membros ou na coluna, problemas gastrointestinais, cefaleias, tonturas ou mesmo dor torácica. De acordo com um estudo da OMS, 69% das pessoas que se dirigem aos cuidados de saúde primários apresentam critérios de depressão major, no entanto, apenas se queixam destes sintomas físicos o que contribui para o subdiagnóstico da doença.

Em relação às evidências comportamentais, Guerreiro (2009) descreve as seguintes:

- Isolamento social, é um sintoma causado não só pelo desinteresse generalizado, mas também pela baixa auto-estima. A pessoa sente que ‘ninguém se interessa por mim’;
- Crises de choro, são comuns e podem ser consideradas como uma forma de coping com a angústia;
- Comportamentos suicidas, mais de 90% dos suicídios ocorrem no contexto de doença psiquiátrica, dos quais as perturbações depressivas são as que mais contribuem;
- Alterações psicomotoras, a inibição psicomotora e lentificação generalizada são as alterações mais frequentes. A pessoa refere com frequência uma sensação de peso nos membros.

Na depressão atípica, as pessoas apresentam alteração do apetite, comem demais, dormem muito, sentem-se muito enfiadas e apresentam um sentimento forte de rejeição.

A depressão pós-parto, deve-se não só as mudanças hormonais como também à grande ansiedade, desgaste e frustrações comuns na gravidez, alterações com o nascimento de um bebê, por vezes surgem desconfortos, mal-estar e dores que podem agravar o estado emocional e hormonal da mãe. No período pós parto surge um período de anedonia e apatia conhecido como "*Baby blues*", se persistirem esse período pode ocorrer uma depressão pós-parto, ocorre em cerca de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas e até 26% das adolescentes (Faisal et al, 2004).

O distúrbio afetivo sazonal, caracteriza-se por episódios anuais de depressão durante o outono ou o inverno, que podem desaparecer na primavera ou no verão, quando então tendem a apresentar uma fase maníaca; tem como principal fator a falta de sol, sendo bem comum nos países onde a luz solar dura poucas horas, sendo menos comum em países onde a temperatura gira em torno de 20 a 30 °C. Outros sintomas incluem fadiga, tendência a comer muito doce e dormir demais no inverno, mas uma minoria come menos do que o costume e sofre de insônia. Os tratamentos recomendados, deve-se ficar próximo às janelas durante o período diurno, sair para locais abertos com frequência durante o dia, decorar quartos, mesas, salas com itens coloridos, e fototerapia.

Existe uma depressão acentuada, irritabilidade e tensão antes da menstruação, afetando entre 40 a 75% das mulheres em idade fértil. O diagnóstico baseia-se na presença de pelo menos 5 dos sintomas descritos na depressão major, na maioria dos ciclos menstruais, havendo um agravamento dos sintomas cerca de uma semana antes do fluxo menstrual, melhorando logo após a passagem da menstruação.

O pesar, também conhecido como reação de luto, não é um tipo de depressão, mas ambas possuem muito em comum, por vezes é difícil diferenciá-los. O pesar, contudo, é considerado uma resposta emocional saudável e importante quando se lida com perdas, normalmente é limitado. Nas pessoas sem outros distúrbios emocionais, o sentimento de aflição dura entre três e seis meses. A pessoa passa por uma sucessão de emoções que incluem choque e negação, solidão, desespero, alienação social e raiva. O período de recuperação consome outros 3 a 6 meses, após esse tempo, se o sentimento de pesar ainda é muito intenso, ele pode afetar a saúde da pessoa ou predispor-la ao desenvolvimento de uma depressão.

1.2 - DEPRESSÃO NAS PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Algumas doenças podem provocar ou facilitar a ocorrência de episódios depressivos ou a evolução para depressão crónica., assim como: as doenças infecciosas, a doença de Parkinson, o cancro, outras doenças mentais, doenças hormonais, a dependência de substâncias como o álcool, entre outras. Também pode suceder com certos medicamentos, tais como: os corticóides, alguns anti-hipertensivos, alguns imunossuppressores, alguns citostáticos, medicamentos de terapêutica hormonal de substituição, e neurolépticos clássicos, entre outros.

A doença oncológica é uma realidade com que cada vez mais pessoas se têm de confrontar. A prevalência da doença oncológica é elevada, representando uma das principais causas de morte no mundo ocidental. A ameaça que exerce sobre a existência individual faz com que se acompanhe frequentemente de perturbações emocionais, incluindo depressão clínica. Embora a sua determinação não esteja isenta de problemas metodológicos, esta pode afetar até 50% dos doentes, cursando com intenso sofrimento pessoal.

A depressão clínica segundo a direção geral de saúde (2003) coloca-se como uma das principais morbilidades psiquiátricas da pessoa oncológica, a evidência existente sobre a influência da depressão clínica como fator de risco para a doença oncológica e como modulador da sua evolução é escassa, mas a depressão major está claramente associada a diminuição da adesão à terapêutica, a estadias mais prolongadas no hospital e a redução da qualidade de vida. Para além do sofrimento pessoal e familiar intenso, a depressão clínica apresenta um impacto significativo na modulação da dor e está igualmente implicada no aumento do suicídio e do desejo de apressar a morte que muitos destas pessoas apresentam, situação particularmente mais intensa em estadios avançados da doença.

A necessária abordagem compreensiva da depressão clínica em contexto de doença oncológica encontra diversos problemas metodológicos e práticos, desde a fiabilidade do diagnóstico aos procedimentos terapêuticos, passando pela capacidade dos técnicos de saúde reconhecerem a sua presença e pela validade e utilidade de instrumentos de rastreio. É importante a necessidade dos técnicos de saúde disporem de tempo para a pessoa, o que maximiza a sua capacidade de deteção da depressão clínica e subsequente

tratamento e permite estabelecer uma relação compreensiva e empática, validando a existência e o sofrimento da pessoa.

Segundo Teles et al (2003), o importante é diagnosticar transtornos do foro psiquiátrico e proporcionar à pessoa a ajuda psicoterapêutica e medicamentosa adequada, pois as pessoas com doença oncológica são pessoas muito fragilizadas e frequentemente deprimidas e, por isso, necessitadas de ajuda para poderem recuperar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida.

Gameiro (1999, p.23), considera que a ajuda à pessoa que sofre deve basear-se numa melhor compreensão da “experiência do outro”, constituindo-se *“um processo facilitador da integração dessa vivência crítica, atribuindo-lhe significações adequadas às suas competências cognitivas e aos seus pressupostos filosóficos e religiosos, de modo a evitar a percepção de perda de controlo e a facilitar a descoberta de algum sentido positivo para a própria experiência de sofrimento”*.

Também o apoio psicológico deve ser um componente importante dos cuidados de saúde, embora tenda a ser frequentemente negligenciado pelos profissionais de saúde.

A este respeito é elucidativo o estudo realizado por McIntyre et al (1999, prefácio de Gameiro), na região norte do país, com o objetivo de avaliar a satisfação das pessoas em relação aos cuidados de saúde recebidos, tendo identificado o apoio emocional à pessoa como motivo de insatisfação, revelando alguma dificuldade dos profissionais em “cuidar” desta dimensão do sofrimento da pessoa.

Um fator importante na redução da depressão e da ansiedade da pessoa com doença oncológica é a qualidade da informação que lhe é fornecida pelos outros profissionais de saúde. Favorecer uma boa comunicação entre os técnicos e a pessoa, incentivar o mesmo a expressar as suas emoções acerca da doença são dois aspetos que poderão ter um impacto positivo no sofrimento psicológico.

A doença oncológica é acompanhada frequentemente de intenso sofrimento psicológico o que está associado a uma prevalência significativa de perturbações de ansiedade e depressão no decurso da doença. A família sofre igualmente o impacto da doença que atinge o seu familiar e os profissionais de saúde também estão vulneráveis a reações emocionais que podem tornar mais difícil o providenciar dos cuidados terapêuticos e

paliativos. De todos estes factos decorre a necessidade de um plano terapêutico global integrando os cuidados somáticos e psiquiátricos e a necessidade de apoio da família em todas as fases da doença oncológica.

Segundo Bruno et al (2010), os fatores de risco para depressão em pessoas oncológicas são: isolamento social, perdas recentes, tendência para o pessimismo, presença de dor, dificuldades socioeconómicas, abuso de substâncias, alcoolismo e perturbações do humor ou tentativas de suicídio. O fator de risco mais relevante para depressão *major* numa pessoa com cancro avançado é a existência de história prévia de depressão *major*; outros fatores incluem: idade jovem, escassa rede de apoio social e dor.

Algumas modalidades terapêuticas (corticóides, tamoxifeno, interferão) ou complicações médicas (hipo ou hipertiroidismo, anemia, metástases cerebrais) podem predispor para depressão *major*. Existe alguma evidência que a prevalência da depressão aumenta com a gravidade da doença somática, recorrência da doença, um estadio mais avançado e aumento da incapacidade e da dor. Ainda que de forma não unânime, a localização do tumor também tem sido implicada na incidência da depressão, com neoplasias pancreáticas, oro-faríngeas, da mama e do pulmão associadas a taxas de depressão clínica mais elevadas. A existência de limitação física relevante ou desconforto físico decorrente da doença ou do tratamento, bem como idade situada nos extremos da vida, estão associados a aumento da incidência da depressão (Bruno et al, 2010).

Stiefel R., et al (2001), refere que múltiplos fatores dificultam o diagnóstico das perturbações afetivas na pessoa com doença oncológica. Por um lado, os técnicos de saúde têm dificuldade em comunicar com as pessoas sobre emoções. Por outro, é por vezes difícil o diagnóstico diferencial com outras entidades, como a perturbação de adaptação com sintomas depressivos ou com o luto antecipado, surgindo em simultâneo com tristeza associada à noção de perda, mas a capacidade de sentir prazer está mantida e não existe desejo ativo de morte. Ao contrário da depressão clínica, onde a anedonia é uma constante e existem mente desejos suicidários expressos e ativos. Persiste ainda entre alguns técnicos de saúde e familiares de pessoas a ideia que a depressão no decurso de uma doença somática grave é inevitável e constitui uma resposta natural e esperada, portanto não sujeita a diagnóstico formal e a terapêutica.

Vários estudos indicam que 25 a 50% das depressões passam despercebidas aos médicos e enfermeiros e que, quando são detetadas, exista grande probabilidade de não serem referidas no processo clínico, pois a secundarização da doença mental em detrimento da doença somática. A sintomatologia da doença oncológica ou do seu tratamento sobrepõem-se frequentemente aos sintomas pesquisados na avaliação da depressão, tais como anorexia, perda ponderal, insónia, perda de interesse nas atividades, perda de energia, défice cognitivo, lentificação psicomotora (Mc Daniel Js et al, 1995).

A depressão na pessoa com doença oncológica é influenciada pela perda ou diminuição de capacidades físicas, sentimento de impotência, problemas financeiros, perda de estatuto social, do emprego, assim como a dor física e o desconforto que envolve a ameaça de perda ou mesmo a perda da identidade e integridade da pessoa e a alteração da sua perceção e projetos futuros. Pode existir também nestas pessoas, uma grande dificuldade em se considerarem física e sexualmente desejáveis, o que influenciará e dificultará a manutenção de relações já estabelecidas ou a formação de novas relações, o facto de uma cirurgia que pode envolver a excisão de órgãos pélvicos, com possível distúrbio da função sexual, tanto no homem como na mulher (Figueiredo,2007).

Segundo Figueiredo (2007), a síndrome depressivo pode manifestar-se através de um comportamento agressivo da pessoa para com a família ou para com as pessoas que o tratam, outras vezes manifestam-se por um comportamento de passividade acompanhado de mutismo. No entanto, o comportamento mais habitual consiste na perda de interesse pelo meio envolvente e por si próprio, perda de confiança no futuro e auto-depreciação. O conhecimento do diagnóstico, a perda de um órgão e os efeitos colaterais dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia assim como os tratamentos efetuados pela pessoa, com os seus efeitos colaterais por vezes irreversíveis, contribuem, em algumas situações, para a doença psiquiátrica.

Nas pessoas com doença oncológica, em fase terminal, por vezes é difícil efetuar um diagnóstico de depressão, uma vez que os indicadores somáticos sugestivos de depressão, tais como alterações do sono, anorexia, astenia, diminuição da libido, perda de peso, cansaço e susceptibilidade emocional, podem estar diretamente relacionados com a doença. Por vezes, a pessoa manifesta ser um peso para a sua família e que seria melhor se morresse; sente que não tem valor para si próprio, para a família e para a

sociedade; os sentimentos positivos diminuem e o entusiasmo pelas anteriores atividades sociais desaparece, surgindo a desesperança e os sentimentos de culpa.

A depressão surge em pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e classes sociais, sendo importante a detecção precoce e o tratamento adequado, contribuindo-se assim para melhorar o prognóstico, sejam quais forem os fatores etiológicos. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos aspectos psicológicos e ter formação especializada que lhes permita intervir de forma adequada junto da pessoa e da família. A articulação dos oncologistas e profissionais de cuidados paliativos com as equipas de saúde mental é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade e excelência.

1.3 - ETIOLOGIA DA DEPRESSÃO

As pessoas que já experimentaram períodos de depressão descrevem um acontecimento estressante como o fator precipitante da doença, a perda recente de uma pessoa amada é o mais citado, mas todas as perdas causam um certo pesar. Também a falta de amigos, que pode ocorrer devido a vários fatores, desde a rejeição, até à falta de interesses em comum, leva à solidão indesejada e é um fator de risco que frequentemente leva à depressão, principalmente durante a adolescência.

Acontecimentos traumáticos, como a perda súbita de um ente querido, ou mesmo eventuais mudanças de cidade, podem causar uma depressão profunda, sendo necessário um longo período de recuperação, a maioria das pessoas ultrapassa este estado sem se tornar cronicamente deprimida.

Alguns fatores genéticos ou biológicos podem explicar a maior vulnerabilidade de certas pessoas. Dentro dos fatores psico-sociais causadores de depressão, problemas relacionados à convivência e relacionamento no ambiente de trabalho também têm fundamental importância para o desenvolvimento da doença.

Nalgumas depressões podem ser encontradas causas físicas para a sua existência, os traumatismos e acidentes físicos ficam registados no nosso corpo em conjunto com as emoções que sofremos na altura do acidente traumatismo, provocando situações somato emocionais que muitas das vezes perpetuam as dores ou alteram a pessoa por completo

em termos emocionais. São bem conhecidos os resultados de diversas terapias dirigidas ao físico que fazem libertação somato emocional e alteram por completo o estado emocional da pessoa. Os problemas físicos podem criar um desgaste e uma pressão demasiado grande sobre o corpo e sobre o sistema nervoso que desencadeiam ou agravam o estado depressivo, nestas situações devem-se corrigir os diversos problemas físicos. Infelizmente, muitas das vezes não existem quaisquer sintomas da sua existência pelo que estes costumam passar completamente despercebidos.

Segundo Guerreiro (2009), a probabilidade de uma pessoa vir a sofrer de uma perturbação depressiva depende de uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Essa probabilidade depende da intensidade e duração do evento stressor, do substrato genético do indivíduo, das suas estratégias e reacções de coping e da rede de suporte social em que está inserido.

A etiologia da depressão continua a ser um assunto alvo de grande discussão e que está longe de ser compreendido. Apesar de muitos casos de depressão ocorrerem após determinados eventos stressores, nem todos os indivíduos ficam deprimidos nas mesmas condições.

Os fatores genéticos revelam-se especialmente nas formas graves, importância da depressão em familiares do 1.º grau, foram identificados alguns genes possivelmente implicados.

As alterações neuroquímicas, surgem ligadas às substâncias dopamina, serotonina e noradrenalina com a diminuição dos níveis destas substâncias, não se sabe bem a que níveis mas existem medicamentos que “balançam” com a noradrenalina e melhoram a depressão.

No coping e acontecimentos de vida, os problemas podem ser os mesmos, a forma de lidar com eles é que muda, diferentes formas de lidar com as experiências e resolver os conflitos que se nos deparam. Quando existem acontecimentos de vida especialmente stressantes, a recuperação da depressão é mais difícil.

A existência ou a ausência de uma forte rede social ou familiar também influenciam de forma positiva ou negativamente na recuperação da pessoa com depressão.

1.4 - TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

O tratamento da depressão e da ansiedade compreende abordagens complementares, psicofarmacológica, psicoterapêutica e psicossocial. A abordagem psiquiátrica da pessoa com doença oncológica tem como objetivos minimizar o sofrimento, proporcionar a melhor qualidade de vida possível e melhorar a saúde em geral e a adesão ao tratamento.

O tratamento da pessoa com doença oncológica deve ser preferencialmente realizado por uma equipa multidisciplinar, que inclua médicos de família, oncologistas, cirurgiões, psiquiatras e enfermeiros especialistas. A maior parte dos estudos de tratamento da depressão em pessoas oncológicas utilizaram intervenções psicossociais, entre as quais psico-educação, aconselhamento, apoio social, psicoterapia individual e de grupo e técnicas de relaxamento.

O tratamento da depressão é realizado através de terapêutica farmacológica, de intervenções psicoterapêuticas ou da complementação de ambas. Sendo as intervenções psicoterapêuticas utilizadas nas situações ligeiras e reativas às adversidades da vida bem e em associação com medicamentos nas situações moderadas e graves. Os medicamentos usados no tratamento das depressões são designados por antidepressivos, sendo estes os medicamentos utilizados para o tratamento das depressões moderadas e graves e das depressões crónicas, podendo ser úteis nas depressões ligeiras e não criam habituação nem alteram a personalidade da pessoa. Estes medicamentos são cada vez mais eficazes no controlo e tratamento da depressão, o tratamento dura no mínimo quatro a seis meses, estes medicamentos não têm efeito imediato, pode demorar algumas semanas. Geralmente, 65% das pessoas melhora ao fim de 3 meses de tratamento, começa-se a melhorar em 2 a 3 semanas mas deve-se descontinuar o antidepressivo de forma gradual para evitar sintomas.

Antidepressivo, é uma substância considerada eficaz na remissão de sintomas característicos do síndrome depressivo, em pelo menos um grupo de pessoas com transtorno depressivo. Os antidepressivos estão divididos em vários grupos de fármacos, com variadas formas de ação mas, em que se pensa que todos eles aumentam a bio disponibilidade dos neuro-transmissores: serotonina / noradrenalina. Há três classes principais:

- Tricíclicos (Ex. Amitriptilina, clomipramina);
- SSRIs (inibidores da recaptação de serotonina e/ou noradrenalina) (Ex. fluoxetina, paroxetina, sertralina, escitalopram);
- Inibidores da enzima MAO (Ex. venlafaxina, mirtazapina).

No Tratamento farmacológico, utiliza-se a terapêutica a longo prazo, tendo uma duração mínima de 3 meses após o início dos sintomas, 8 em cada 10 pessoas sofrem de uma recidiva, evita eventuais recidivas de uma depressão; quanto mais episódios depressivos um pessoa sofrer, mais facilmente está sujeito a eles; sendo necessário prescrever uma terapêutica de continuação e manutenção.

Segundo Pirl Wf (2004), a pessoa com doença oncológica com depressão *major*, mesmo em estágio avançado, tem indicação para iniciar terapêutica psicofarmacológica. Verificando-se um número apreciável de ensaios clínicos controlados sobre tratamento de pessoas oncológicas com antidepressivos, no que concerne a sua segurança e eficácia, em particular os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (SSRIs), que estão também associados a efeitos secundários pouco graves e pouco frequentes. A medicação deve ser ajustada para cada pessoa, tendo em conta as diferentes características dos fármacos.

A prescrição de antidepressivos deve ser feita de forma cuidadosa tendo em conta vários fatores: a possibilidade de ocorrerem síndromes específicos na administração de antidepressivos em associação com a quimioterapia, os efeitos anticolinérgicos e arritmizantes dos tricíclicos, os efeitos pró-eméticos dos SSRIs e os potenciais efeitos farmacocinéticos que os antidepressivos podem exercer no metabolismo de outros fármacos. Os efeitos secundários dos antidepressivos podem também ser utilizados em benefício da pessoa, a mirtazapina, um antagonista dos recetores serotoninérgicos pós-sinápticos, pode ser eficaz como analgésico adjuvante e como antieméticos, além de ter um efeito sedativo e de aumentar o apetite (Ersoy et al, 2008). As propriedades analgésicas dos tricíclicos e dos inibidores da recaptação da serotonina e da norepinefrina (em particular a duloxetina e a venlafaxina) estão bem documentadas, enquanto os SSRIs têm um efeito mais moderado (Jann Mw, 2007).

A utilização de benzodiazepinas no tratamento da ansiedade na pessoa oncológica pode ser útil por períodos curtos, especialmente em fases de maior stress. Se existir

comorbilidade depressiva, deverão ser utilizados os SSRIs, que também reduzem a ansiedade.

Os psicoestimulantes (dextroanfetamina, metilfenidato e pemolina) constituem uma alternativa eficaz no tratamento da depressão na fase terminal da doença oncológica, estão especialmente indicados em doentes graves, ou quando o tempo de vida é limitado. Estas substâncias têm um início de ação mais rápido que os antidepressivos e aumentam a energia, a atenção e a concentração. Em doses relativamente baixas melhoram o apetite, promovem uma sensação de bem-estar e contrariam a sensação de fadiga e de falta de energia (Olin, 1996).

No tratamento não farmacológico, temos a psicoterapia, que compreende os diversos tipos de tratamento psicológico (individual, grupo e familiar) e a electroconvulsivo terapia. A electroconvulsivo terapia (ECT), provoca uma convulsão através de uma descarga elétrica, fenómeno que altera a condução elétrica cerebral.

Segundo Kaplan (2003), de todas as electroconvulsivo terapias realizadas nos Estados Unidos, 80 a 90% são para o tratamento do transtorno da depressão maior. Esta terapia é indicada para casos de depressão severa, incluindo casos com aspetos psicóticos e é particularmente útil para eliminar impulsos suicidas agudos em pessoas que necessitam de um rápido combate aos sintomas. Tratamento altamente eficaz e rápido em ambas as fases da perturbação bipolar mas pouco usado; muito eficaz na depressão grave e na mania. As pessoas que beneficiam com este tipo de terapia são:

- Pessoas extremamente graves e com ideação suicida;
- Na Gravidez;
- Idosos;
- Falta de resposta a terapêutica com tendência a ciclos rápidos;
- Quando existem problemas éticos.

A fototerapia é um tratamento que vem sendo usado em pessoas com transtornos do humor de padrão sazonal, pode ser usada sozinha ou em associação com a farmacoterapia. Consiste na exposição de pessoas com Transtorno Depressivo Maior (TDM) à iluminação de 2500 lux de 1 a 2 horas ao despertar, foi desenvolvida como um novo tratamento para pessoas que manifestam TDM com padrão sazonal, que

geralmente se manifestam nos países nórdicos, nos períodos de inverno, que tem pouca luminosidade (Leppämäki, 2002).

Mc Ardle et al (1998), refere que estudos epidemiológicos e experimentais evidenciam uma correlação positiva entre a prática da atividade física e diminuição da mortalidade, sugerindo um efeito positivo no risco de desenvolver enfermidades cardiovasculares, no perfil dos lipídicos plasmáticos, na manutenção da integridade óssea, no controle de doenças respiratórias e da diabetes, além de menor prevalência de cancro. Também são relatados benefícios psicológicos com melhoria na função cognitiva, humor, diminuição da ansiedade e depressão.

Também Vaisberg (2005), menciona que mecanismos psicológicos e fisiológicos têm sido sugeridos para explicar os efeitos benéficos dos exercícios sobre a saúde e sobre transtornos mentais.

Os mecanismos psicológicos dos exercícios físicos, compreendem:

- Hipótese da distração, indica que o desvio, promovido pelos exercícios, de estímulos não prazerosos ou de queixas somáticas dolorosas levem à melhoria do afeto e do bem-estar;
- Teoria da auto eficácia: aponta na confiança, na capacidade de se exercitar, está fortemente relacionada à habilidade de realizar outras atividades/comportamentos;
- Hipótese da interação social: Requer que a interação social e o suporte mútuo entre os praticantes são importantes partes dos benefícios causados pelo exercício físico à saúde mental do indivíduo.

Os mecanismos fisiológicos dos exercícios físicos, compreendem:

- Hipótese das monoaminas, apresenta que os exercícios otimizam a transmissão sináptica aminérgica cerebral. Noradrenalina, dopamina e serotonina são aminas que agem no despertar, na capacidade da atenção e também estão relacionadas aos transtornos depressivos e distúrbios do sono;
- Hipóteses das endorfinas, as beta-endorfinas são produzidas endogenamente em diferentes localizações do cérebro, liberadas durante a atividade física, estão relacionadas à redução da dor e à potencialização do estado de euforia.

Além dessas diversas hipóteses a melhoria do quadro do sono, benefício intimamente ligado à prática regular de atividade física, parece ser um dos fatores implícitos

relacionados à diminuição dos sintomas da depressão. Para esta melhoria do padrão do sono algumas teorias são propostas:

- Termo regulatória, refere que o aumento da temperatura corporal como consequência do exercício, facilitaria o disparo do início do sono, graças a ativação dos mecanismos de dissipação do calor e indução do sono, processos estes controlados pelo hipotálamo;
- Conservação de energia, descreve que o aumento do gasto energético promovido pelo exercício durante a vigília aumentaria a necessidade de sono a fim de alcançar um balanço energético positivo, restabelecendo uma condição adequada para um novo ciclo de vigília;
- Restauradora ou compensatória, relata que a alta atividade catabólica durante a vigília reduz as reservas energéticas aumentando a necessidade de sono.

Os benefícios da atividade física, em relação à qualidade de vida, são indubitáveis, e são evidenciados sob o aspecto psicossocial, interferindo no estado de ansiedade e depressão, elevando a autoconfiança e favorecendo assim sua reintegração social e profissional além de motivar as mudanças dos hábitos de vida e o controle dos fatores de risco (Yazbek et al, 1994).

As Psicoterapias são técnicas que poderão ser adequadas e eficazes no tratamento de pessoas com depressão, pois fornece um acolhimento para o fortalecimento da vida da pessoa, focalização de assuntos centrais, além da forte aliança terapêutica.

A psicoterapia, é um tratamento realizado por meios psicológicos, deve ser aplicado a cada pessoa e aplicar as intervenções individualmente, existem várias correntes defensoras e outras contra. O objetivo principal da psicoterapia é o alívio do sofrimento, existe uma grande dificuldade em encaminhar/propor um acompanhamento psicoterapêutico devido à especificidade das patologias e das correntes psicoterapêuticas, pouco conhecimento das indicações das psicoterapias e rede de recursos psicoterapêuticos.

De acordo com as referências terapêuticas podem existir vários tipos de psicoterapia, individual, de grupo, familiar e de casal. A abordagem a ter com cada pessoa é discutível e deve incidir sobre pontos muito concretos, a mente humana é única e como tal abordagem do seu tratamento deve ser personalizada. A psicoterapia deve ser

discutida assim como as suas aplicações clínicas, que devem ser os mais sumárias possíveis, devendo manter-se uma atitude psicoterapeuta.

Existem várias correntes que podem ser aplicadas à luz da psicoterapia:

- Psicoterapias de inspiração analítica;
- Psicoterapias comportamentais e cognitivas;
- Psicoterapia de apoio;
- Psicoterapia existencial;
- Psicoterapias específicas (terapia sexual, psicoterapias dirigidas a perturbações personalidade, psicodrama);
- Terapia familiar – Modelo sistémico.

A psicoterapia de inspiração analítica, é um bom modelo para perceber como nos desenvolvemos, o foco é os efeitos da experiência passada nos comportamentos atuais, tem como entender os mecanismos de defesa e transferência à medida que vão surgindo. As técnicas utilizadas são a aliança terapêutica, associação livre, interpretação da defesa e transferência, tem uma duração de meses a anos. Esta técnica encontra-se indicada para situações neuróticas, ego suficientemente forte e estruturado, bom nível de expressão verbal e pessoas com disponibilidade de tempo e financeiramente. Não deve ser utilizada nos psicóticos, pois pode desencadear surtos.

Para Kaplan (2002, p243) *"A psicanálise, como método de tratamento imaginado por Freud, depende da capacidade do paciente de refletir logicamente acerca de experiências subjetivas e eventos externos e de desenvolver e reter o insight"*.

As estratégias terapêuticas são diversas e aplicáveis de acordo com a pessoa e a patologia associada podem ser:

- Clarificação, se não há certeza ou discrepâncias nas informações fornecidas, clarifica-se a situação.
- Ligação, ligar e associar factos que aparentemente não se relacionam mas que fazem sentido. Ligar e associar factos confortáveis, o padrão da relação.
- Reflexão ou “espelho”, uma questão é apresentada ao terapeuta que a filtra e devolve à pessoa.

- Interpretação, hipótese que tenta explicar uma determinada atitude, emoção ou comportamento. As interpretações podem ou não ser corretas. Idealmente deverão conduzir a alterações no comportamento.
- Confrontação, pode ser necessária face a situações de passagem ao ato, importante para não legitimar os atos menos corretos.

A psicoterapia comportamental e cognitiva, é uma psicoterapia integrada que combina a terapia cognitiva (alteração dos pensamentos disfuncionais) com a terapia comportamental (mudança de comportamentos). Uma psicoterapia baseada num modelo que sugere que as perturbações psiquiátricas/psicológicas envolvem um pensamento disfuncional. A forma como a pessoa se sente e comporta é influenciada pela maneira de estruturar as suas experiências, modificar os pensamentos disfuncionais leva a melhorias nos sintomas. A terapia é conduzida por uma conceptualização cognitiva e usa grande variedade de estratégias, aplica princípios ligados à psicologia da aprendizagem para eliminar comportamentos indesejados. Os principais objetivos destas terapias são:

- Mudar os pensamentos acerca de uma situação particular, identificando as armadilhas cognitivas,
- Ajudar a pessoa a identificar alternativas menos ameaçadoras;
- Testar as alternativas no mundo real;
- Desafiar as crenças que levam aos pensamentos automáticos.

A terapia cognitivo-comportamental, de acordo com Ito (1998), trata a depressão, transtornos de ansiedade na infância e na adolescência, etc. A terapia cognitiva é indicada para pessoas de diferentes níveis sociais, de educação; sendo adaptada para o idoso, criança, como também para os grupos, terapia de casais e para terapia familiar. A terapia cognitiva baseia-se na formulação em contínuo desenvolvimento da pessoa e dos seus problemas em termos cognitivos; enfatiza a colaboração e participação ativa da pessoa no processo terapêutico.

As psicoterapias breves, uma forma estruturada de psicoterapia, muito centradas no foco, não é uma queixa mas uma hipótese psicodinâmica que relaciona a experiência atual da pessoa com experiências por que passou, muito úteis em situação de crise, são mais limitadas no tempo. As estratégias terapêuticas acabam por ser específicas, há um foco limitado.

A psicoterapia Construtivista, propõe que é o indivíduo quem constrói ativamente o conhecimento do mundo exterior. A realidade é, a partir disto, interpretada de diferentes formas, a partir dos constructos individuais de cada um, a realidade é extremamente complexa e só nos é permitido abranger uma parte. Aquilo que captamos da realidade relaciona-se em muito com a identidade, a família, o grupo cultural e a época em que vivemos; e é limitado por a estrutura do sistema nervoso, os padrões familiares e esquema macro e microcultural.

A psicoterapia Rogeriana, também designada de terapia não diretiva, terapia centrada na pessoa, terapia pessoa a pessoa. O que a distingue de outras intervenções psicoterapêuticas é o facto de não ser diretiva, como é o caso das teorias comportamentais, destinadas a modificar comportamentos ou as cognitivas, destinadas a modificar pensamentos e crenças. Trata-se apenas de criar um ambiente emocional favorável para que a capacidade de decisão da pessoa possa emergir e agir de acordo com a sua percepção. Desenvolve um modelo psicoterapêutico que se baseia na chamada tríade de atitudes terapêuticas:

- Congruência ou autenticidade, pressupõe a consciência por parte do terapeuta de todos os seus sentimentos, a disposição deste em comunicar à pessoa estes sentimentos para que se facilite uma reação interpessoal autêntica, que numa relação interpessoal a abertura total e mútua é a melhor garantia de eficácia.
- Aceitação positiva incondicional implica que o terapeuta se despoje dos seus preconceitos naquele contexto, não significa aprovação incondicional, não implica aceitar mas compreender o outro na sua total dimensão.
- Compreensão empática é a disposição e capacidade de perceber a realidade interna do outro tal como é entendida por este, interessa não só ser capaz de perceber esta realidade interna mas também comunicar esse facto ao outro e é o primeiro passo de todas as relações terapêuticas. Podemos expressá-la através da facilitação e reformulação.

Na facilitação, existe uma atitude acolhedora e respeitosa em que a única assimetria será a que decorre da relação estritamente profissional, silêncio atento, escuta ativa que revela esforço destinado a entender realmente o mundo da pessoa e a mímica da compreensão, a importância do comportamento não verbal.

Na reformulação, existem várias que se podem utilizar:

- Reformulação-síntese, resumo do que é essencial para a pessoa;
- Reformulação-elucidação, formular o que foi claramente vivido pela pessoa mas confusamente expressado por este;
- Reformulação-reflexo, eco das expressões da pessoa;
- Reformulação-por inversão, expressão do negativo fotográfico do que foi referido em positivo.

As psicoterapias de grupo, são analisados fenómenos e fatores de grupo, realidade dos nossos dias, é muito importante perceberem que existem outras pessoas que têm sentimentos semelhantes, as pessoas sentem-se compreendidas, há um aumento do auto-conhecimento. Há uma experiência de grupo, o terapeuta é o interpretador do grupo, de como as relações funcionam dentro do grupo, otimiza os recursos, muito utilizado em instituições. Na utilização desta terapia, deve-se ter em conta as características de personalidade, patologia, as dificuldades em gerir as revelações e pressões. Existem várias modalidades de Terapias de Grupo:

- Terapia em grupo, a pessoa constitui a figura e o grupo é o fundo, atuando o terapeuta como diretor, por exemplo o psicodrama;
- Terapia de grupo; o grupo é a pessoa e o agente terapêutico, atuando o terapeuta como analista, por exemplo grupanálise
- Co-terapia grupal, todas as pessoas são terapeutas podendo ou não existir um profissional que atua apenas como facilitador, por exemplo os grupos de auto-ajuda.

Os benefícios da terapia de grupo são:

- Aumento do autoconhecimento em relação a pontos fracos e fortes de si mesmo, em relação aos padrões interpessoais;
- Reconhecer semelhanças com o outro;
- Sentimento de aceitação positiva;
- Visão de si próprio a partir dos outros;
- Expressão no seio do grupo;
- Espaço protegido;

As técnicas psicoterapêuticas reduzem os sintomas e pode auxiliar as pessoas, utilizando várias técnicas, tanto individuais como em grupo, com o intuito de se trabalhar habilidades de relacionamento, estilo de vida, ajustamento social, redução do

stress, resolução de problemas etc. Para uma melhor abordagem deste tipo de pessoas, existem alguns pontos que são fundamentais ter em conta, a compreensão da doença, reconhecer os sinais da doença, a relação equipa multidisciplinar/pessoa, a adesão ao tratamento e o papel das associações e grupos de auto-ajuda.

Existem no entanto, outras técnicas que são bastantes uteis e que complementam o tratamento da depressão nomeadamente, o relaxamento progressivo, técnica de Jacobson. O relaxamento engloba algumas técnicas responsáveis por promover um estado de equilíbrio da ansiedade e da tensão muscular, oferecendo alternativas de como lidar com o stress e com as alterações somático-mentais.

1.4.1. Técnica de relaxamento de Jacobson

Os antecedentes históricos do relaxamento são antigos, já os Egípcios, os Astecas, Mayas, Quíchuas e Incas pesquisavam as forças internas do ser humano com fins medicinais e entre estes estudos dominava e praticavam o relaxamento e o hipnotismo (Santos, 2006).

A evolução das técnicas de relaxamento ao longo do séc. XX e sua consolidação como os procedimentos válidos de intervenção psicológica, deveu-se, em grande parte, ao forte impulso que receberam dentro da terapia e modificação do comportamento. As técnicas do relaxamento constituem um conjunto de procedimentos de intervenções úteis não só no âmbito da Psicologia Clínica e da saúde, como também no da fisioterapia aplicada em geral.

O relaxamento constitui um típico processo psicofisiológico de carácter interativo, onde o fisiológico e o psicológico interagem sendo partes integrantes do processo como causa e como produto. Sendo assim, qualquer definição de relaxamento deve fazer referência a seus componentes fisiológicos; subjetivos e comportamentais. Algumas intervenções para promoverem o relaxamento incluem meditação, relaxamento muscular progressivo, hipnose, técnicas que preconizam a respiração e a concentração.

A maioria das técnicas de relaxamento preocupa-se com a concentração e com a respiração, sendo estas partes importantíssimas do relaxamento. A pessoa deve ser

instruída para que se imagine num lugar que se sinta bem e longe de seus problemas de cotidiano e que, provavelmente, estejam causando seu desconforto, deve ser sempre influenciado com pensamentos e palavras boas e a imaginar que as energias negativas são retiradas de seu corpo (Figueiró, 2005).

Os terapeutas frequentemente utilizam a técnica de relaxamento muscular progressivo ou profundo de Jacobson com algumas variações, no tratamento da depressão. Esta técnica tem como premissa básica a tensão muscular que está de algum modo relacionada com a ansiedade, e que um indivíduo experimentará uma redução bastante acentuada e reconfortante da ansiedade sentida, se os músculos tensos puderem ser relaxados. Um método poderoso e eficaz para induzir tal estado de relaxamento sucessivo de músculos voluntários numa sequência ordenada até que os grupos musculares principais do corpo estejam relaxados.

A técnica de relaxamento deve ser ensinada e explicada pelo terapeuta, começa com uma explicação dos fundamentos e importância do relaxamento muscular profundo. Durante esta introdução e no procedimento restante, deve utilizar um tom de voz calmo e seguro, que irá provavelmente facilitar o relaxamento, constituindo uma maneira eficaz de estabelecer um relacionamento e confiança na competência do terapeuta. Deve recomendar a que as pessoas pratiquem o procedimento num contexto de auto administração.

Esta técnica deve ser realizada num ambiente calmo, com luz ténue, a pessoa deve sentar-se com a cabeça apoiada ou deitar-se num colchão, de forma a que esteja confortável, inclusive desapertando as roupas que eventualmente estejam apertando, descruzando as pernas, e apoiando todo o corpo na cadeira ou colchão. Ao verificar que a pessoa está "relaxando" começa-se a sequência de exercícios.

Cada músculo ou agrupamento muscular é tensionado de 5 a 7 segundos e então relaxado, de 20 a 30 segundos. Este procedimento é repetido pelo menos uma vez. Se determinada região continuar tensa, pode-se praticar até 5 vezes. Deve-se recomendar à pessoa que contraia apenas o grupo muscular que foi pedido, fazendo um esforço consciente para não contrair outros, sugerindo à pessoa a utilizar o "relaxamento controlado por sinal" que utiliza uma palavra como: - "Calma, relaxe", para ser dita ao deixar o ar sair a cada vez que ele expirar. A sequência do exercício será:

- 1º - Mão, antebraço e bíceps dominantes. Aperta o punho, empurra o cotovelo contra o braço da poltrona e depois o mesmo com o membro não dominante;
- 2º - Região frontal e couro cabeludo. Levanta sobrancelhas tão altas quanto possível, olhos e nariz; aperta-se os olhos e ao mesmo tempo enrugam-se o nariz;
- 3º - Boca e mandíbula. Aperta os dentes enquanto se levam as comissuras da boca em direção às orelhas; aperta a boca para fora; abre a boca;
- 4º - Pescoço, dobra para a direita, para a esquerda, para diante e para trás;
- 5º -- Ombros, peito e costas. Inspira profundamente, mantendo a respiração, ao mesmo tempo em que se elevam os ombros para trás tentando juntar as omoplatas;
- 6º - Estômago. Encolhe contendo a respiração; solta-se;
- 7º - Perna e músculo direito. Tenta subir a perna com força sem tirar o pé do chão;
- 8º - Dobra o pé para cima estirando os dedos, sem tirar o calcanhar do chão;
- 9º - Pé direito. Estende a ponta do pé e dobra os dedos para dentro;
- 10º - Perna, gêmeos e pé esquerdo, os exercícios iguais ao direito;
- 11º - Sequência completa de músculos, apenas relaxamento.

No final da sessão de relaxamento, deve-se incentivar as pessoas a praticarem o relaxamento e avaliar a sessão e se os objetivos da mesma foram atingidos.

Dias (2007), menciona que os benefícios do relaxamento são: bem-estar emocional; maior equilíbrio interno; maior capacidade de auto-monitorização; maior tranquilidade; aumento da vitalidade; maior controle da dor e diminuição da agressividade.

Segundo Reynolds, citado por Moretti (2006), uma pesquisa comparativa realizada entre o relaxamento e técnicas de terapia comportamental em adolescentes deprimidos. O estudo foi composto por 10 sessões, de 50 minutos de relaxamento muscular progressivo, em que a 1ª sessão começou com a introdução do programa de tratamento. O terapeuta explicou todos os objetivos das sessões e as pessoas foram treinadas a perceber os momentos de stress que geravam tensão muscular associados à depressão. Nas sessões seguintes as pessoas foram ensinadas a relaxar grandes grupos musculares, seguindo os princípios do relaxamento muscular progressivo. As pessoas eram incentivadas a utilizar os ensinamentos obtidos nas sessões em situações que pudessem gerar stress e tensão muscular. Na última sessão foi entregue o programa do tratamento e as pessoas foram encorajadas a realizar relaxamentos em possíveis fontes de stress

futuras. O relaxamento mostrou-se superior à técnica comportamental na redução da ansiedade e do stress, além de maior eficácia no controle dos sintomas depressivos.

Moretti (2006) refere que estudos recentes realizados pelo Grupo de Colaboração Psicossocial a Oncologia, demonstraram que as técnicas de relaxamento obtiveram sucesso no controle da ansiedade, dor, náuseas e vômitos em pessoas submetidos à quimioterapia. O estudo apontou que os sintomas de ansiedade e depressão são comuns e que as técnicas meditativas foram efetivas na redução dos traços depressivos e ansiosos.

O relaxamento é utilizado no controlo da ansiedade e nas pessoas mais emotivos; este poderá ajudar o indivíduo a desenvolver “diálogos internos” mais coerentes e ajustados, uma vez que reduz a ansiedade no que diz respeito a determinados contextos. O relaxamento cria um espaço para fazermos uma auto-avaliação, para nos consciencializarmos da maneira como respiramos, do bem-estar, ou do mal-estar a que nos sujeitamos com a nossa forma habitual de estar e pensar. Esta tomada de consciência muitas vezes conduz à resolução de problemas há muito enraizados na mente, bem como, a mudança da estrutura do pensamento (Dias, 2007).

Permite que a pessoa se torne mais consciente de si mesma e mais atenta ao seu interior, observar as reações emocionais a partir de outra perspetiva, percebendo muitas vezes que algumas das suas sensações corporais são criadas pelos seus pensamentos. Assim, estaremos a proporcionar à pessoa estratégias para promover o desenvolvimento das suas capacidades e estratégias para fazer face a problemas. Em simultâneo, o enfermeiro estabelece uma relação de ajuda e promove o processo terapêutico.

O papel do enfermeiro é o de promover e reforçar as mudanças na pessoa, deve reforçá-las diferencialmente de forma efetiva e de acordo com seus sentimentos. A pessoa precisa sentir que o enfermeiro se preocupa e tem cuidado com ela, e esse contexto terapêutico ampliará a possibilidade para que a pessoa se engaje em mudanças. Para isso, é importante manter o foco da terapia no momento e ao fazer isso, o enfermeiro pode relacionar problemas relatados pela pessoa, de fora da sessão, com a relação terapêutica, abrindo a possibilidade para responder aos comportamentos da pessoa que ocorrem no contexto da sessão (Callaghan et al, 1996). A aliança terapêutica tem se mostrado como um fator de sucesso nos tratamentos.

2- MODELO TEÓRICO DE HILDEGARD PEPLAU

No desenvolvimento deste trabalho e de acordo com o mesmo, o modelo teórico que se enquadra é o Modelo Teórico de Hildegard Peplau, enquanto enfermeiro em ligação à teorização da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

De acordo com Peplau (1990, p.37), *“a enfermagem é um processo terapêutico visando satisfazer as necessidades do paciente, interpessoal por ser uma interação entre dois ou mais indivíduos e educativo por promover o desenvolvimento das capacidades do paciente para enfrentar os problemas e conseguir o equilíbrio.”*

Dentro dos Paradigmas de Enfermagem, o Modelo Teórico de Hildegard Peplau inclui-se no Paradigma da Integração, e dentro deste na Escola de Pensamento da Interação. Hildegard Peplau foi uma das primeiras Americanas a desenvolver um modelo teórico baseado na necessidade da mudança na prática de Enfermagem, incitando os profissionais a um comportamento adequado à prática dos cuidados de saúde.

O tema central do modelo evolucionista de Peplau é o processo interpessoal, em que dá importância ao crescimento mútuo da enfermeira/pessoa, com ênfase nas fases e nos papéis que se desenvolvem ao longo de todo o processo interpessoal, alcançando assim a evolução de ambos.

Peplau, define a enfermagem psicodinâmica como a utilização da compreensão da sua própria conduta, para ajudar a pessoa a identificar os seus problemas.

A pessoa pode ser vista como uma estrutura biológica, psicológica, espiritual e sociológica, que não reagirá da mesma forma que outro indivíduo. Cada pessoa vivência ambientes diferentes, tradições, costumes e crenças de diferentes culturas que influenciam as perceções, sendo estas tão importantes no processo interpessoal.

O paradigma da integração influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa. A teoria de Hildegard Peplau desenvolve-se em torno de quatro conceitos fundamentais: **pessoa, saúde, enfermagem e ambiente.**

Pessoa, define como indivíduo, não inclui família, grupos nem comunidade. É um “organismo vivo” composto de características e de necessidades bioquímicas, físicas e psicológicas, e que luta para alcançar o equilíbrio perfeito.

Saúde, define como um movimento de avanço da personalidade e outros processos humanos com o objetivo de uma vida produtiva pessoal e comunitária. A saúde implica interação com o meio.

Ambiente, define implicitamente como “ forças existentes fora do organismo e no contexto da cultura, de onde se obtêm crenças, hábitos e costumes” que se deve ter em consideração quando a pessoa está a adaptar-se às rotinas hospitalares, mas não trata as possíveis influências deste sobre a pessoa.

Enfermagem, define como um processo interpessoal, como uma força educativa de maturação feita através da indução, ou seja, o processo de construção teórica faz-se através desse método indutivo. Tem por objetivo promover o desenvolvimento das capacidades/personalidade da pessoa para enfrentar os problemas e conseguir o equilíbrio.

Para Peplau, a enfermagem é um processo terapêutico visando satisfazer as necessidades da pessoa, interpessoal por ser uma interação entre dois ou mais indivíduos e educativo por promover o desenvolvimento das capacidades da pessoa para enfrentar os problemas e conseguir o equilíbrio.

Segundo a teoria do desenvolvimento, Peplau sugere que a pessoa passe por quatro fases em torno de conceitos importantes no seu progresso para a saúde, em que a enfermeira assume diferentes papéis:

Fase de orientação

Nesta fase inicial, a enfermeira e a pessoa encontram-se como desconhecidos, esta tem uma “necessidade” que o leva a procurar ajuda de um profissional. Em conjunto, analisam a situação de forma a reconhecer, esclarecer e definir o problema. É necessário ter consciência que a fase de orientação é influenciada pelos valores, crenças e experiências, tanto da enfermeira como da pessoa. O problema tem que ser reconhecido pela pessoa, de forma a dirigir a energia acumulada da sua ansiedade para a resolução do problema.

Fase de identificação

Nesta fase, a pessoa reconhece a relação de ajuda. Assim como, identifica as pessoas que o podem ajudar a lidar com o problema. Os objetivos de cada um dos intervenientes na relação podem não ser os mesmos. É da competência da enfermeira canalizar os seus

conhecimentos específicos de enfermagem, para ajudar a pessoa a ultrapassar a doença.

A resposta da pessoa à enfermeira pode ocorrer em três fases:

1ª -Independente- Autônomo e planeia ele mesmo sem intervenção da enfermeira.

2ª- Interdependente- Participa e colabora no planejamento.

3ª- Dependente- É passiva e depende do planejamento da enfermeira.

É importante nesta fase, que a pessoa tenha a noção de que é capaz de lidar com o problema, de forma a diminuir os sentimentos negativistas e criar uma atitude de otimismo.

Fase de exploração

Nesta fase há o reconhecimento da pessoa pelo processo interpessoal. Neste relacionamento terapêutico, é papel da enfermeira ajudar a pessoa a utilizar os recursos, auxiliando-o a resolver os problemas e para isso vai utilizar instrumentos de comunicação como o esclarecimento, a escuta, a aceitação, o ensino e a interpretação. A pessoa torna-se cada vez mais independente e autodeterminado, responsabilizando-se pelas suas próprias metas. Durante esta fase, algumas pessoas, podem vacilar entre a dependência dos outros e o seu funcionamento independente. A enfermeira deverá transmitir uma atitude de aceitação, preocupação e confiança, de forma a que a pessoa vença os desafios.

Fase de resolução

Nesta fase, as necessidades foram resolvidas, com o esforço mútuo pessoa/enfermeira. O relacionamento terapêutico necessita terminar, para que a pessoa se liberte da identificação que fez com a enfermeira. Numa resolução bem sucedida, a pessoa fica independente da enfermeira e vice-versa. Com este processo existe o desenvolvimento e crescimento de ambos como pessoas. A enfermeira adquiriu novos conhecimentos, que serão referência futura.

Peplau descreve seis funções distintas, que se manifestam durante as diversas fases da relação enfermeira/pessoa, alguns dos quais em simultâneo e conforme as necessidades da pessoa.

Função de desconhecida, a enfermeira/pessoa são desconhecidos, pelo que a pessoa deve ser tratada de modo “normal”, impessoal. Este deve ser considerado como emocionalmente capacitado, coincide com a fase de identificação.

Função de pessoa de recurso, a enfermeira dá respostas específicas às perguntas formuladas pela pessoa em relação à saúde, explicando o seu plano de tratamento. Escolhe a resposta apropriada e construtiva.

Função de professora, este é uma combinação de todas as funções, parte sempre daquilo que a pessoa já sabe e desenvolve-se de acordo com o seu interesse de querer e ser capaz de utilizar informação.

Função de líder, consiste num processo democrático através de uma relação de cooperação e participação ativa da pessoa.

Funções de substituta, a pessoa projeta-se na enfermeira que assume o papel de substituta, as atitudes da enfermeira geram na pessoa sentimentos vividos anteriormente. A função da enfermeira consiste em ajudar a pessoa reconhecer semelhanças entre ela e a pessoa que ele recorda. São definidas áreas de dependência, independência e interdependência entre ambos.

Função de conselheira, Peplau defende que o objetivo das técnicas interpessoais é ajudar a pessoa a recordar e compreender tudo o que está a acontecer na situação que está a vivenciar, de tal forma que a experiência possa ser integrada e não dissociada de outras experiências que tenha vivido. Este papel é muito importante na enfermagem psiquiátrica.

É de extrema importância a compreensão do modelo psicodinâmico em que a Pessoa se insere e o seu contexto, pois desta forma pode-se prestar cuidados individualizados com respeito e dignidade.

Iomogene King citado por Tomey (2004), define a pessoa como: um ser espiritual; com capacidade para pensar, conhecer, fazer escolhas e selecionar vias de ação alternativas; com capacidade de através da sua linguagem e de outros símbolos registar a sua história e preservar a sua cultura; é um sistema aberto em transação com o ambiente; é único e holístico, de valor intrínseco e capaz de pensamento racional e de tomada de decisão na maior parte das situações; e difere nas suas necessidades, desejos e objetivos das demais pessoas.

Tomando como referência esta definição de pessoa, pode dizer-se que apesar de diversas pessoas terem a mesma patologia, cada uma possui a sua vivência. Ou seja,

cada pessoa atribui à sua doença e à sua recuperação significados diferentes. Assim, em certos casos, é difícil levar a pessoa a expressar as suas vivências e sentimentos, atividade que pode ser facilitada se o enfermeiro recorrer às competências (habilidades e atitudes) da Relação de Ajuda.

Peplau, realça a personalidade da enfermeira e a aprendizagem que a Pessoa faz no decorrer da doença, assim como a função do ensino de enfermagem no desenvolvimento da personalidade da enfermeira.

Hildegard Peplau, desenvolveu o que se pode chamar de “Modelo Psicodinâmico”, permitindo que a enfermagem deixasse apenas de se ocupar das doenças e passasse a ocupar-se do significado psicológico dos sentimentos, comportamentos e acontecimentos, incorporando-os nas intervenções de enfermagem. Peplau, define a enfermagem psicodinâmica como a utilização da compreensão da sua própria conduta, para ajudar a pessoa a identificar os seus problemas, dando importância às técnicas relacionais e comunicacionais. As suas teorias, centram-se principalmente nos problemas da enfermagem clínica, nos conceitos que explicam as observações nos princípios que guiam os enfermeiros no exercício, tendo por base a relação enfermeiro/pessoa.

Esta autora, defende o papel único dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria pois são aqueles que são capazes de conseguir integrar de forma apropriada a abordagem das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico, fornecendo educação para a saúde, coordenando os cuidados, supervisionando outras ajudas domiciliárias de saúde e integrando a família e outros elementos significativos nos sistemas de apoio à pessoa.

As técnicas psicoterapêuticas ocupam hoje um lugar de destaque na área da saúde porque dão ao Homem uma visão holística de si próprio, levam o indivíduo a refletir sobre todos os aspetos pessoais para viver mais harmoniosamente, proporcionam o crescimento e desenvolvimento pessoal.

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO

A Metodologia de Projeto baseia-se numa investigação, centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução; através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência. As fases de metodologia de projeto de diagnóstico de situação são: diagnóstico de situação, planificação/ execução e avaliação (Ruivo et al, 2010).

Segundo Leite e al (2001), o projeto é uma metodologia, um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas.

Um projeto distingue-se de uma atividade de ensino-aprendizagem pelo sentido que possui, pela intencionalidade que orienta, pela organização que pressupõe, pelo tempo de realização que o acompanha, pelos efeitos que produz. Como tal, envolveu uma articulação entre intenções e ações, entre teoria e prática, organizada num plano que estrutura essas ações. (Cortesão, Leite Pacheco, 2001).

O projeto de intervenção em serviço e o projeto de aprendizagem clínica são processos em desenvolvimento, emergem como um fio condutor, pode ser reajustado ou reformulado, de forma a dar resposta a necessidades que se vão apresentando. Estes delineiam o caminho a percorrer de forma a construir um sentido mais coerente, organizado, capaz de gerar melhores resultados e facilitar o processo de aprendizagem.

Ao realizar o Projeto de Intervenção em Serviço foram desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista nos seus vários domínios. No domínio da melhoria contínua da qualidade: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

No domínio da gestão dos cuidados: gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta

a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No domínio das aprendizagens profissionais: desenvolve o auto conhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento validos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Foi desenvolvido um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS), essencialmente no âmbito da aquisição/aprofundamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas. Com o objetivo de desenvolver essas competências, realizou o estágio no serviço de internamento de agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Centro Sul, EPE.

3.1 – DIAGNÓSTICO

No diagnóstico de situação existe a identificação dos problemas, a evolução prognóstica dos problemas, rede de causalidade e fatores de risco dos problemas, e determinação das necessidades, recorrendo às ferramentas de gestão. Como instrumentos de diagnóstico, podemos utilizar as escalas de observação, os questionários e as entrevistas.

O diagnóstico de situação é a fase no trabalho de projeto que visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação/problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende trabalhar e mudar (Ruivo et al, 2010).

Através de entrevista informal com a equipa de enfermagem, constatou a necessidade e a pertinência de realizar sessões de “Técnica de Relaxamento” nas pessoas com depressão, devido a esta estar incorporada no projeto de formação de serviço e ser

necessário o seu desenvolvimento. Realizou uma análise das necessidades existentes no serviço verbalizadas pela equipa de enfermagem.

Verificou a existência de um número elevado de pessoas internadas com o diagnóstico de Depressão, através da recolha de dados do livro de registo das pessoas no serviço, constando-se que no ano de 2010 deram entrada no serviço 88 pessoas com o diagnóstico depressão, sendo 63 mulheres e 25 homens e a média de idades de 48,57 anos.

Existindo assim, uma oportunidade desenvolver um projeto de intervenção que focalizasse a ajuda à pessoa com depressão, sendo este designado por: *“Relaxamento e a sua intervenção no Cuidar, na Depressão”*.

Considerando assim, como objetivo geral:

- Proporcionar à pessoa conforto e bem-estar através de técnicas de relaxamento.

Como objetivos específicos:

- Realização de sessões segundo o Modelo psicoterapêutico de Jacobson;
- Selecionar as pessoas segundo critérios de inclusão e exclusão;
- Avaliar as sessões através de registos e instrumentos (Inventário de beck II e questionário, os quais já utilizados e autorizados no serviço).

A realização de sessões de relaxamento será potencialmente terapêutica para as pessoas internadas com o diagnóstico de depressão, aprofundou competências de dinamização de técnicas de relaxamento, especificamente com o modelo psicoterapêutico de Jacobson.

Segundo Payne (2000), algumas das patologias que poderão usufruir da realização de sessões de relaxamento segundo o Modelo de Jacobson, são: ansiedade; pânico; depressão; dependências de substâncias, como tabaco, álcool e benzodiazepinas; perturbações alimentares; insónia, etc.

3.2 - PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

Na fase de planificação do projeto são definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo, definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma, realizando também o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionante do próprio trabalho (Hungler *et al*, 2001).

Nesta fase serão apresentados os objetivos e planeadas as intervenções a desenvolver para os atingir, bem como a forma de avaliação dessas intervenções.

O planeamento das intervenções implica o estabelecimento de objetivos perspectivados em função da pessoa, esta e as pessoas significativas devem ser envolvidas no plano de cuidados. A recuperação ocorrerá muito mais rapidamente se o indivíduo desempenhar um papel ativo no processo de decisão e se não tiver a sensação que o tratamento está a ser feito *para* ou *por* ele, em vez de *com* ele (Neeb, 2000).

O planeamento decorreu ao longo do tempo e para isso deve existir uma representação gráfica ou esquemática desse período de tempo, ou seja um cronograma de atividades. O planeamento das atividades decorreu no mês de janeiro e fevereiro, a realização das atividades no mês de março e abril e a avaliação no mês de maio.

Realizou o levantamento dos recursos matérias necessários, sendo necessário: material informático, leitor de cd, cd de música relaxante, sala e colchões. O qual se verificou disponível, sendo necessário apenas coordenar com a equipa de enfermagem, a sua utilização.

No decorrer do planeamento e com alteração dos dias de estágio, a realização das atividades foram alteradas de acordo com as necessidades.

3.3- DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

As atividades, meios e estratégias são parte integrante do planeamento. A sua utilização e escolha harmonizam diretamente com os objetivos previamente definidos. Uma

atividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos (Miguel, 2006).

Para a elaboração de um projeto devem ser selecionados e aplicados diferentes meios, que consistem em determinar quais os recursos materiais; humanos; técnicos ou financeiros necessários e adequados para a realização das atividades. Os meios são ainda responsáveis pela conclusão efetiva das atividades do projeto.

De acordo com os objetivos anteriormente definidos para a sua intervenção, realizou as seguintes atividades, as quais considerou ser necessárias para selecionar as pessoas que poderiam realizar a técnica de relaxamento de jacobson:

- Avaliação diagnóstica através da Entrevista de Enfermagem e avaliação inicial do estado mental;
- Relação de Ajuda em Enfermagem através da utilização de Entrevistas de Ajuda.

A entrevista é imprescindível para a avaliação da pessoa em psiquiatria e é utilizada para colher informações, realizando-se durante todos os contactos que o enfermeiro tem com a pessoa, sendo essencial para avaliação da sua situação e para a decisão do seu projeto terapêutico. A informação obtida diz respeito à pessoa e à sua condição de saúde, traduzindo-se num processo onde o enfermeiro tenta compreender todos os fatores biológicos, psicológicos e sociais, que desempenham um papel no aparecimento do problema e que vão afetar a sua recuperação.

Segundo O'Brein (2002), a entrevista é importante na avaliação da pessoa, melhora a imagem profissional do enfermeiro e aumenta a satisfação profissional, e que resulta de um saber ouvir, de uma boa técnica de entrevista e de uma boa relação estabelecida com o pessoa.

Para Neeb (2000), os enfermeiros colhem dados relativos á pessoa e à sua condição de saúde, sendo também, durante esta etapa de colheita de dados/avaliação inicial que se realiza a avaliação do estado de saúde mental. Ou seja, é através da entrevista que o enfermeiro observa o funcionamento mental da pessoa e obtém os dados que lhe permitem concluir, se é ou não portador de alguma patologia, avaliando o grau de comprometimento que a doença causa, bem como os aspetos saudáveis da sua personalidade.

A informação obtida através da entrevista enfermeiro/pessoa, relativamente aos pensamentos e sentimentos são tão importantes como aqueles que se obtêm pelo exame físico, sendo importante que a colheita de dados se dirija á pessoa como um todo. (Neeb, 2000),

Uma entrevista eficaz é a chave para inspirar o indispensável sentimento de confiança no enfermeiro que torna provável a adesão, por parte da pessoa, do projeto terapêutico recomendado, aumentando a probabilidade de um resultado favorável.

Segundo O' Brein (2002), com a entrevista de enfermagem psiquiátrica avalia-se o estado mental, obtêm-se também a historia biopsicossocial da pessoa e o conteúdo da entrevista deve centrar-se em informação lícita, que permita á equipa estabelecer um ambiente seguro para a pessoa.

É através da entrevista que o técnico de saúde estabelece uma relação profissional com a pessoa, criando a necessária empatia para que possa haver um sentimento de confiança, expectativas positivas de ajuda, se estabeleça um vínculo afetivo e se criem as condições para que o tratamento tenha êxito. Assim, a entrevista de enfermagem psiquiátrica torna-se num instrumento essencial para a realização dos diagnósticos de enfermagem mas, mais importante ainda, para o estabelecimento de um relacionamento terapêutico enfermeiro/pessoa.

Segundo Taylor (1992), o enfermeiro deve planear questões genéricas, cujas respostas oferecerão os dados que se procura, e com maior probabilidade de serem realmente efetivas, são mais simples, concretas e diretas. Os dados de avaliação podem ser objetivos ou subjetivos, sendo importante colher tanto um como outro tipo, além de que também poderá ser útil recolher informação pertinente junto de familiares e amigos da pessoa. Embora todas as fontes de informação sobre a pessoa devam ser utilizadas, a mais importante e significativa, é a da própria pessoa.

A avaliação através da entrevista consiste segundo Neeb (2000), numa série de perguntas e atividades dirigidas a oito áreas: o nível de consciência e orientação do indivíduo para a realidade, aparência e comportamento, discurso e comunicação, humor e afeto, memória, pensamento/cognição, percepção e decisão.

Dando uma importância particular à história de vida passada da pessoa: seu desenvolvimento neuropsicomotor, histórico escolar e desempenho escolar, seus relacionamentos interpessoais, particularmente com as pessoas mais significativas da sua vida como os pais e irmãos; eventos vitais de grande impacto ao longo da vida, particularmente na infância (perdas, abuso); envolvimento afetivos, sexualidade, amizades. Assim, como também aptidões, habilidades, deficiências ou limitações; formas de lazer, influências culturais, sociais e familiares; formas predominantes de se relacionar com as pessoas e que caracterizam sua personalidade (traços ou padrões adaptativos ou desadaptados). Obter uma história detalhada e abrangente de uma pessoa, se necessário, de fontes informadas, é essencial para a confecção de um diagnóstico correto e formulação de um plano de tratamento específico e eficaz (Kaplan, 1997)

No decurso da avaliação do estado mental, realiza-se o exame do estado mental, que é o somatório das observações do examinador e as suas impressões sobre a pessoa durante a entrevista. Na entrevista inicial para o exame do estado mental, deve-se observar e registrar:

- Aparência e comportamento, dados objetivos e subjetivos resultantes da observação do vestuário, higiene, postura; assim como a atividade psicomotora e reações da pessoa perante os profissionais de saúde.
- Nível de consciência e orientação, dados objetivos e subjetivos resultantes da avaliação inicial do nível de atenção e nível de auto-conhecimento do indivíduo.
- Pensamento/ conteúdo do pensamento, avaliação inicial e subjetiva daquilo o que o indivíduo está a pensar e o processo de pensamento que utiliza.
- Memória, avaliação subjetiva da capacidade da mente para recordar informação recente e remota.
- Discurso e capacidade para comunicar, avaliação inicial objetiva e subjetiva dos aspetos relativos à utilização que a pessoa faz da comunicação verbal e não-verbal.
- Humor e afeto, avaliação inicial objetiva e subjetiva dos sentimentos e emoções expressos pela pessoa. O afeto mede-se pela exteriorização desses sentimentos.
- Julgamento e insight, avaliação inicial subjetiva da capacidade da pessoa em tomar as decisões adequadas relativamente à sua situação ou compreender os conceitos.

- Percepção, avalia o modo como a pessoa experiencia a realidade. A avaliação fundamenta-se nas afirmações do indivíduo relativamente ao seu ambiente e nos comportamentos associados a essas afirmações.

Um dos objetivos mais importantes de uma entrevista inicial é garantir que a pessoa esteja consciente dos seus problemas, e a partir desse ponto, será importante validar junto do mesmo a duração do problema, que conjunturas o motivaram, e que tipo de ajuda espera obter dos técnicos de saúde e da instituição. É importante destacar que os dados obtidos na entrevista de avaliação são essenciais para a tomada de decisões imediatas envolvendo a pessoa e muitas vezes a sua família.

Quando se realiza a entrevista de enfermagem em saúde mental, é de extrema importância os seguintes aspetos: o local; ambiente; tempo de duração; forma de registo de dados; questões éticas; preparação prévia e objetivo da entrevista. Assim, saber entrevistar é uma habilidade essencial para a prática da Enfermagem em Saúde Mental, tornando-se numa verdadeira habilidade, alcançada e aperfeiçoada com o exercício.

Tendo por base estes princípios, realizou várias entrevistas e selecionou as pessoas para realizar a técnica de relaxamento de Jacobson, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão:

- Pessoas com diagnóstico de depressão, ansiedade, pânico, dependências de substâncias, como tabaco, álcool e benzodiazepinas; perturbações alimentares; insónia.
- Pessoas com pensamento organizado, comportamento adequado e coordenação motora.

Como critérios de exclusão:

- Pessoas com psicose, depressão profunda, obsessão e compulsividade, e perda de controlo da realidade;
- Pessoas com hipertensão arterial e com diabetes.

Realizou várias entrevistas, todas ocorreram de forma diferente e sentidas diferentes dificuldades, foi necessário uma auto reflexão e por vezes a discussão com o enfermeiro orientador após a realização de cada uma, de forma a que melhorasse a sua habilidade na entrevista. Gradualmente, teve mais facilidade em reconhecer as dificuldades sentidas durante a realização da entrevista, e os aspetos a melhorar. Nomeadamente, algumas interrupções que realizou durante o seu discurso, no sentido de completar

aquilo que a pessoa estava a dizer, ou então ser interrompida com solicitações de outras pessoas, apesar de ter sido escolhido um local apropriado para a entrevista.

“Uma interrupção cria um grande obstáculo à comunicação: interrompe a comunicação que realmente está se dando. Nossos motivos podem ser os melhores: mostrar que entendemos tão bem que podemos terminar a sentença do entrevistado em seu lugar, demonstrar o nosso interesse através de perguntas intercaladas.” (Benjamin, 1993).

Constatou que a comunicação estabelecida com a pessoa é de extrema importância, considerando assim importante adequar a sua comunicação e as estratégias relacionais neste contexto tão especial, pois ao escutar a pessoa pode deparar-se com os dois tipos de comunicação, podendo verificar se o seu verbal é coerente com o seu não-verbal.

Para tal é essencial saber distingui-los, assim sendo, a comunicação verbal, envolve a utilização da palavra pelo homem, com a finalidade de expressar as suas necessidades ao mundo que o rodeia. A comunicação não-verbal, envolve a utilização do corpo com as suas características fisiológicas, físicas e gestuais. Inclui a distância mantida entre as pessoas e as posturas corporais. (Chalifour, 2008).

“O que a palavra não quer revelar, os olhos, os tremores dos lábios e o tamborilar dos dedos comunicam-nos eloquentemente” (Phaneuf, 2005, p26).

Quando realizou uma entrevista, questionou a pessoa se queria realizar o inventário de Beck e explicou o seu objetivo, a qual disse que sim, mas na segunda questão colocada a pessoa disse que já não queria colaborar, agradeceu a sua colaboração e finalizamos a entrevista. A pessoa dirigiu-se para o seu quarto e após alguns minutos veio ter com a enfermeira e disse que queria fazer o inventário de Beck II, mas queria fazê-lo sozinha. Esta situação fez-me refletir e pensar que por vezes temos que fornecer as várias opções à pessoa, e não só aquela que para nós parece que é mais acertada.

“De outro lado, talvez ele não deseje a entrevista, e se sinta obrigado a comparecer pela pressão dos outros, ou talvez de nós mesmos. Nesse caso, talvez seja preferível que indiquemos aceitar e entender sua relutância, e então deixar de forçá-lo ainda mais. Quando estiver pronto, ou “motivado”, retornará e falará.” (Benjamin, 1993).

Ao realizar as entrevistas sentiu que a sua forma de comunicar foi melhorando, conseguindo atingir os seus objetivos da entrevista de ajuda e em simultâneo desenvolvendo a sua habilidade de comunicar.

Como refere Phaneuf (2005), a comunicação e a relação de ajuda são considerados fatores importantes na humanização e qualidade dos cuidados, sendo a comunicação a chave para a instauração da relação de ajuda.

Com o intuito de apresentar o projeto a toda a equipa multidisciplinar antes de o aplicar, elaborou um power point sobre o projeto “Relaxamento e a sua intervenção no Cuidar, na Depressão”, o qual não foi possível apresentar devido algumas alterações no serviço que impossibilitaram a apresentação do mesmo, mas conseguiu explicar todo o projeto, o que iria realizar e desenvolver no mesmo através da transmissão desta informação de forma informal a toda a equipa multidisciplinar.

Elaborou um plano da sessão de psicoeducação “*Técnica de Relaxamento de Jacobson*”, onde é especificado toda a sessão e um questionário para aplicar às pessoas após a sessão de relaxamento.

Para a realização da sessão e explicação da técnica e seus benefícios, elaborou uma apresentação de power point para as pessoas, antes de realizar o relaxamento de Jacobson.

Realizou 7 sessões de relaxamento, todas as sessões ocorreram na sala que está destinada para as atividades lúdicas, as pessoas foram convidados para participarem e todos aceitaram. A sala foi preparada com música, luz ténue e colchões.

Na primeira sessão sentiu uma grande expectativa, pois não sabia como as pessoas iriam reagir, as primeiras palavras durante a técnica estavam um pouco trémulas, mas o enfermeiro orientador estava presente e foi-lhe dando suporte, dando algumas “orientações”, o qual proporcionou maior tranquilidade e fez com que o discurso se tornasse fluido, e conseguiu realizar a sessão, atingindo os objetivos da mesma. A segunda sessão já decorreu sem este nervosismo inicial e gradualmente as sessões decorreram de forma tranquila.

A sessão de relaxamento consistiu numa dinâmica de grupo com o objetivo de interação e coesão do grupo, e o relaxamento com a técnica de jacobson, que desenvolveram na

posição de deitados. Esteve presente o enfermeiro que está responsável pelo projeto do relaxamento e o enfermeiro que a está a orientar, os quais dinamizaram as sessões. A maioria dos participantes, manifestaram ter conseguido relaxar, um deles inclusive adormeceu, e manifestaram querer realizar mais sessões. A participação das pessoas nesta atividade foi importante para a criação de uma relação terapêutica, onde se gerou empatia de ambas as partes, sentindo que estas a procuravam para conversarem e esclarecer algumas dúvidas que apresentavam.

“Com a ajuda do diálogo, é mais importante procurar um exutório para a ansiedade e implementar outros meios para a aliviar, tais como relaxação ou um trabalho criativo onde a pessoa possa acalmar as suas inquietudes e canalizar a sua energia. (...) Estas atividades têm também a vantagem de favorecer as trocas e as confidências através do meio utilizado” (Phaneuf, 2005, p226).

No desenvolvimento desta atividade e em cada sessão que realizava, começou a perceber e a sentir que já possuía alguma facilidade em observar as alterações produzidas em cada pessoa quando aplicada a técnica de relaxamento de Jacobson, observava que alguns conseguiam perceber a técnica e que outros por vezes necessitavam de apoio e um reforço na explicação da mesma. Verificou também que todas as sessões são diferentes e provocando diferentes sensações nas pessoas, mas simultaneamente sentiu que no final ficavam muitos satisfeitos, através do fácies sorridente e com pequenas frases, num momento de reflexão e de partilha.

Numa sessão, participou uma pessoa que apresentava uma solução de continuidade no calcâneo direito e que estava com penso, este apresentava os critérios de inclusão, mas durante a sessão começou com dores no calcâneo, devido a estar deitado e os colchões serem um pouco finos e duros, e por isso não terminou a sessão de relaxamento. Esta situação fez-me refletir, e verificar que apesar de existirem critérios de inclusão, temos que também verificar as condições físicas da pessoa, mesmo que apresentem coordenação motora, por vezes existem determinadas alterações que poderão perturbar o relaxamento.

Uma outra situação, que aconteceu mais que uma vez, foi quando estava a chegar ao serviço de internamento ou quando estava na sala de enfermagem após a passagem de turno de manhã, as pessoas abordavam-me, perguntando *“Srª enfermeira hoje vai fazer*

o relaxamento”, com um ar expectante e sorridente. O que me proporcionou uma enorme satisfação profissional, pois sentia que desejavam da sessão de relaxamento.

Após a realização de cada sessão, conversei com o orientador, partilhando o que senti e discutindo o que podia ser melhorado da próxima sessão, assim como as diferentes reações das pessoas, proporcionando assim uma melhoria da técnica de relaxamento.

3.4 – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

Segundo Carvalho et al (2001), a avaliação deve ser contínua ao longo do projeto permitindo uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados. A avaliação deve fornecer elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência entre o projeto e o problema, a eficiência e a eficácia entre a ação e os resultados.

Na fase de avaliação existem vários momentos: a avaliação intermédia; a realizada em simultâneo com a execução do projeto e a avaliação final do processo e produto do projeto. Nesta fase, avalia-se o trabalho desenvolvido, as reuniões com o orientador e/ou com o docente, e a discussão do trabalho desenvolvido proporciona momentos de reflexão e avaliação das intervenções de enfermagem, percebendo se os objetivos foram atingidos.

Os instrumentos de avaliação que foram utilizados para a avaliação dos resultados das intervenções, tendo sido utilizado o Inventário de Depressão de Beck II e um questionário aplicado às pessoas antes e após cada sessão de relaxamento, os quais considerou os mais adequados e com uso autorizado, após revisão bibliográfica e discussão com orientador e docente. Os instrumentos podem ser a entrevista, as escalas de avaliação, a observação, os questionários e ou uma linguagem classificada de enfermagem.

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II*), criado por Aaron Beck, consiste num questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla

escolha, sendo um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a severidade de episódios depressivos. Existem três versões da escala: a BDI original, publicada em 1961 e revisada em 1978; a BDI-1A; e a BDI-II, publicada em 1996. A BDI original, publicada em 1961 consiste em 21 questões sobre como o indivíduo se sentiu na última semana. Cada questão apresentava pelo menos quatro possibilidades de respostas, que variavam em intensidade. Para avaliar o resultado, um valor de 0 a 3 é determinado para cada resposta e o resultado final é comparado a uma chave para determinar a severidade do quadro depressivo. Os valores básicos são: 0-9 indicam que o indivíduo não está deprimido, 10-18 indicam depressão leve a moderada, 19-29 indicam depressão moderada a severa e 30-63 indicam depressão severa. Valores maiores indicam maior severidade dos sintomas depressivos.

A BDI-II é resultado da revisão realizada em 1996, desenvolvida em resposta à publicação da quarta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders pela American Psychiatric Association's, que alterou muitos dos critérios diagnósticos do Transtorno Depressivo. Assim como a BDI, a BDI-II também contém 21 questões e cada resposta recebeu um valor de 0-3. As categorias utilizadas diferem da original: 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 depressão severa.

O inventário de Beck foi validado pelo Prof. Rui Campos para a população portuguesa. A pontuação final é o somatório da pontuação em todos os itens. A escala é a seguinte: 0-13 sintomatologia mínima, 14-19 ligeira; 20-28 moderada; 29-63 sintomatologia grave.

A escala é largamente utilizada como ferramenta por profissionais de saúde e pesquisadores em uma variedade de contextos clínicos e de pesquisa. Embora desenhado como um instrumento de rastreio e não como ferramenta diagnóstica, este pode ser utilizada por profissionais de saúde para obter um rápido diagnóstico.

Realizou nove entrevistas, mas dessas aplicou o inventário de Beck II a sete pessoas, pois só as aplicou após autorização do Diretor de serviço e do médico assistente das pessoas em questão, apesar de este inventário estar autorizado e já ter sido utilizado na consulta externa. Das quais obtive os seguintes resultados:

- Foram aplicados 7 inventários, seis a uma mulher e um, a um homem;

- O homem apresentou uma pontuação de 18, o que revela uma sintomatologia ligeira;
- Das mulheres, três apresentavam uma sintomatologia grave, com a respetiva pontuação de 50, 48 e 31;
- Duas mulheres apresentavam a pontuação de 18 e 19, revelando uma sintomatologia ligeira;
- Uma mulher revelou uma sintomatologia mínima, com a pontuação de 6.

Estes resultados vieram confirmar o diagnóstico a algumas pessoas e a outras, despistar para uma sintomatologia que não estava evidente e/ou confirmada. Os resultados obtidos foram comunicados ao enfermeiro responsável e ao médico assistente da pessoa de forma a complementar o projeto terapêutico, assim como também colocado uma cópia do mesmo no processo da pessoa.

Em simultâneo, participava no projeto terapêutico, pois quando realizava os questionários e obtinha os resultados, comunicava os mesmos à equipa de enfermagem e equipa médica, com objetivo de discutirem o caso clínico da pessoa. Assim, colaborava no projeto terapêutico e contribuía na melhoria dos cuidados prestados às pessoas.

Uma dificuldade que sentiu foi que apenas conseguiu realizar os questionários antes das sessões de relaxamento, não conseguiu realizar os mesmos após algumas sessões de relaxamento com o objetivo de avaliar o trabalho realizado e comparar os resultados obtidos, devido às pessoas terem tido alta.

Em relação aos questionários realizados às pessoas após as sessões de relaxamento de jacobson, respetivamente vinte questionários. Os resultados obtidos foram:

- Das vinte pessoas, dezasseis referiram que a sessão foi muito interessante e quatro consideraram a sessão interessante;
- Em relação à pergunta se “a sessão contribuiu para a melhoria do seu bem estar?”, os vinte pessoas responderam que “sim”, ou seja 100% da população em estudo.

Tal como refere Dias (2007), os benefícios do relaxamento são: bem-estar emocional; maior equilíbrio interno; maior capacidade de auto-monitorização; maior tranquilidade; aumento da vitalidade; maior controlo da dor e diminuição da agressividade.

- As vinte pessoas afirmaram que voltariam a participar numa sessão semelhante;
- Dezasseis pessoas consideraram a postura do enfermeiro muito adequada e quatro pessoas referiram que foi adequada;
- Em relação aos materiais utilizados, oito pessoas referiram que os materiais foram muito adequados e doze pessoas referiram que foram adequados.

Em relação aos materiais constatou-se que os colchões eram muito finos e duros, e por vezes tornavam-se desconfortáveis, neste sentido o que fez para minimizar foi pedir aos pessoas para trazer a sua almofada, roupa mais confortável e quente, para que se sentissem melhor.

No questionário foi contemplado um espaço para sugestões, o que considerou muito importante, pois as pessoas podiam expressar a sua opinião, e as quais serão descritas seguidamente:

“Deveriam ser integradas sessões de relaxamento de forma continua”.

“Utilizar musica relacionada com o mar, continue”.

“Devia-se fazer com mais assiduidade”.

“Tudo bom”.

“Deveríamos ter outro tipo de atividades, inclusive utilizarmos a sala de desporto mais vezes, ajudaria no desenvolvimento e recuperação das pessoas quando internados”.

“Deveríamos fazer outro tipo de atividades”.

Estas opiniões demonstram que as pessoas sentem que deveriam ter oportunidade em participar em mais atividades, mas no decorrer do estágio verificou por vezes que o rácio dos enfermeiros/pessoas, nem sempre é o desejado e por vezes isso reflete-se nas atividades desenvolvidas, mas também verificou que por vezes existem atividades e as pessoas não desejam participar.

Apesar de o tempo de estágio ter sido reduzido, pensamos que os resultados obtidos nos permitem afirmar que existem benefícios no uso do relaxamento nestas pessoas. No entanto, a continuidade destas atividades, tal como afirmam diversos autores será importante para obter resultados mais consistentes.

4 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A enfermagem é uma profissão com uma identidade característica que, nos últimos tempos tem vindo a conquistar cada vez mais o seu próprio espaço de responsabilidade e autonomia, devido em grande parte ao alargamento do seu campo de competências.

A competência advém da mobilização de conhecimentos (saberes, capacidades, informações), no momento certo e num determinado contexto. A capacidade de mobilização do conhecimento e saberes para a prática promove no indivíduo o desenvolvimento de várias competências, consideradas essenciais para a prestação de cuidados de excelência à pessoa humana.

O desenvolvimento de competências é uma preocupação constante em todo o processo de formação do enfermeiro. Nesta perspetiva, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, que tem por base o guia de orientação do Conselho Internacional de Enfermeiros, considera competência “ *um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (Ordem dos Enfermeiros, 2004,p.16). Sobre este conceito, Collière (1999,p.290) afirma que “(...) *a competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir*”.

Segundo Pires (1995,p.8), “ *As competências são mobilizadas quando é necessário provar que se é capaz de fazer numa determinada situação numa adaptação concreta a um posto de trabalho, a um bem a produzir*”.

Le Boterf (1995, p.22) define competências como “ *Conjuntos de conhecimentos, de capacidades de acção e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade e num tipo de situação dada.* ”. Para Boterf, a competência efetivamente não se resume a um saber apenas, a um saber-fazer ou aos conhecimentos que cada indivíduo possui. Aliás, possuir conhecimentos ou capacidades para não significa necessariamente que se é competente, pode conhecer-se a técnica e quais os princípios a utilizar mas podemos não saber aplicá-los perante as situações mais oportunas e de forma mais adequada. Para este autor, o conceito de competência designa uma realidade, um processo dinâmico, na medida em que o indivíduo competente é aquele que tem a capacidade de mobilizar todo o seu saber e a sua experiência adquirida na ação de modo eficaz.

Para Benner (2001, p.43) “(...) *competências e práticas competentes, referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais*”. A mesma autora descreve as concepções sobre o desenvolvimento de competências em enfermagem baseando-se no Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus e onde se refere que “(...) *na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um profissional passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.*” (Dreyfus, citado por Benner, 2001,p.43).

Assim, o desenvolvimento de competências ao longo da experiência profissional conduz a uma maior segurança na tomada de decisão em enfermagem, constituindo uma mais valia para o avanço de enfermagem como ciência. Também ao nível dos cuidados diretos à pessoa, só através do desempenho competente é que é possível estabelecer uma relação de parceria. Seguidamente, serão mencionados os diferentes estadios do modelo utilizado por Benner:

- Estadio 1 – Iniciado

- As iniciadas são inexperientes para as situações com as quais se deparam.
- Não identificam prioridades, atuando mecanicamente.
- Regem-se por regras e por normas.
- Não conseguem fazer uma triagem das situações.

- Estadio 2 – Iniciado Avançado

- As iniciadas avançadas identificam fatores repetitivos.
- Já conseguem relacionar a situação no todo e não só uma parte da situação.
- Ainda não conseguem proceder à seleção de prioridades.

- Estádio 3 – Competente

- Já trabalha há mais de dois ou três anos.
- Estabelece prioridades.
- Consegue gerir situações rotineiras e algumas situações inesperadas, mas falta-lhe velocidade e flexibilidade nos imprevistos.
- Não se questiona, nem questiona a situação, porque o seu erro é possuir demasiada autoconfiança.

- Estádio 4 – Proficiente

- A percepção é a sua palavra-chave.
- Entende as situações chegando a antecipá-las.

- Identifica o plano de cuidados face às circunstâncias, fazendo a integração da experiência com a prática.

- Estádio 5 – Perito

- As situações clínicas que vivenciou ao longo do seu percurso influenciam o seu desempenho atual.
- A sua palavra-chave é a intuição, prevendo antecipadamente os indícios dos acontecimentos.
- Em relação à organização é notável.
- Devido à sua credibilidade é consultado por outros profissionais.
- É difícil de avaliar, confronta a instituição com argumentos valorizáveis, tornando-se por vezes uma figura desconfortável.
- Quando muda de serviço, retorna ao estágio de iniciado/iniciado avançado, até estar devidamente integrado no serviço.

O Conselho de Enfermagem, para proceder à definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, utilizou a técnica Delphi, com o objetivo de obter consenso nesta matéria. Após análise detalhada e conjunta surge aprovada pelo CE, a definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais. São definidas 96 competências do enfermeiro de cuidados gerais que se relacionam e complementam entre si; as quais estão agrupados em três domínios:

- Prática profissional, ética e legal;
- Prestação e gestão de cuidados;
- Desenvolvimento profissional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

A Ordem dos Enfermeiros (2011), menciona que as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam (Ordem Enfermeiros, 2011).

O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Assim, a enfermagem de saúde mental foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade. Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite

desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial (ordem enfermeiros, 2011).

Tendo a enfermagem como essência o cuidar das pessoas, é fundamental para a credibilidade da profissão uma constante aquisição e ou desenvolvimento de competências que permitam a satisfação das necessidades e a promoção da qualidade da saúde das pessoas.

Durante estes estágios foi realizado um Projeto de Aprendizagem Clínica (PAC), essencialmente no âmbito da aquisição /aprofundamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental, as quais já foram avaliadas e reconhecidas.

A especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria consiste na *“incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social”* (Nabais, 2008, p.40).

Segue-se agora outra etapa no seu desenvolvimento, o desenvolvimento das competências de mestre. As competências que desenvolveu nestes estágios e após este, durante o exercício das suas funções como enfermeiro especialista, serão descritas através de uma abordagem teórica e analítica, assim como as atividades desenvolvidas, estando estas interligadas e completando-se, as quais são apresentadas de seguida.

1 - Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem

A enfermagem tem por objetivo, prestar cuidados ao Homem, são ou doente, ao longo do ciclo da vida de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional. A prestação de cuidados deve assentar numa relação de ajuda com a pessoa, utilizando metodologia científica e utilizando também o processo de enfermagem.

Os enfermeiros identificam, realizam diagnósticos, planeiam, organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção. Decidem sobre estratégias, técnicas e meios a utilizar, mobilizando os recursos internos e estratégias de coping eficazes a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, de acordo com o REPE-DL nº161/96.

O enfermeiro na procura permanente da excelência no exercício profissional, organiza os cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades das pessoas. Conhece e aplica o modelo instituído no serviço, conhece os vários métodos de organização dos cuidados, assim como os de distribuição de trabalho, estabelecendo prioridades, organizando o seu trabalho, adequando o tempo e a distribuição das suas funções às prioridades estabelecidas. Adapta-se a mudanças externas dando resposta às novas exigências em tempo útil e faz um reajuste das prioridades na gestão do tempo, o planeamento das ações e estratégias dirigidas ao outro é determinante para que com os meios que tem ao dispor, os colocar em prática, utilizando então eficiente, o tempo para os cuidados.

Segundo Hesbeen (2001, p.7), a gestão do tempo pode-se verificar penosa para a qualidade dos cuidados quando a mesma, passa por atos de rotina institucionalizadas no serviço tornando *“os comportamentos rígidos e (...) transforma os prestadores de cuidados e técnicos especializados que passam de cama em cama para fazer o que está previsto no plano de trabalho”*.

O enfermeiro tem que ter capacidade de organizar, planificar, estabelecer prioridades, ajuizar, ser assertiva e delegar funções quando necessário. Em simultâneo, têm de ser responsável, objetiva e tendo como princípio básico a humanização nos cuidados prestados. Em resumo, coloca em prática o processo de enfermagem, de forma à otimização dos cuidados de enfermagem prestados. Os objetivos do processo de enfermagem são:

- Orientar detalhadamente os cuidados de enfermagem;
- Individualizar os cuidados de enfermagem, conferindo qualidade na prestação de cuidados;
- Garantir a resolução dos problemas/situações ou necessidades da pessoa/pessoa;

- Proporcionar uma fonte de informação e uma linha de comunicação para os outros elementos da equipa de enfermagem;
- Promover a continuidade dos cuidados;
- Coordenar os esforços dos elementos da equipa de enfermagem;
- Proporcionar/envolver e negociar com a pessoa e família o planeamento dos cuidados;
- Avaliar os resultados do processo, e resultados da continuidade dos cuidados;
- Estabelecer um programa de educação para a saúde da pessoa e das pessoas significativas;
- Possibilitar um conjunto de informações para a melhoria de qualidade dos cuidados e para a investigação.

O enfermeiro reformula ou transforma o plano de cuidados com origem nos dados recolhidos na avaliação inicial das acções implementadas, de acordo com o REPE, artigo 5º, *“os cuidados de enfermagem são caracterizados por: (...) f) utilizarem metodologia científica que inclui: A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções...”*

Dependendo das instituições, são várias as formas de aplicar na prática o processo de enfermagem: individualmente, padronizados, gestão de casos ou computadorizados. Atualmente, está-se a tentar uniformizar, implementando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o qual é de extrema importância, pois através deste podemos utilizar uma linguagem uniformizada em relação aos cuidados de enfermagem, permitindo descrever e organizar os dados referentes à prática da Enfermagem, criar um instrumento para os enfermeiros participarem na tomada de decisões relacionadas com a saúde e no processo de determinação de políticas de trabalho. Assim, desta forma será possível o reconhecimento desta enquanto ciência perante a comunidade científica.

Quando utilizamos uma linguagem científica em enfermagem, esta irá permitir a informatização dos cuidados, através de diagnósticos de enfermagem, nas intervenções e resultados, proporcionando uma visibilidade dos cuidados de enfermagem, valorizando a prática; assim, como promove a investigação em enfermagem e avaliar os ganhos em saúde.

A CIPE permite fazer uma avaliação de enfermagem contribuindo para o planejamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos, por outro lado reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação dos cuidados, permite também reavaliar os resultados, e se for necessário redefinirmos o diagnóstico de enfermagem, face às novas necessidades da pessoa cuidada, contribuindo assim, para a prestação de cuidados de excelência.

Em Saúde Mental, mais concretamente neste serviço, com observação e a entrevista de enfermagem de ajuda, poderá realizar diagnósticos de enfermagem, planejar intervenções e monitorizar as mesmas, de forma atingir os objetivos propostos no projeto. Para este projeto foram selecionados alguns focos de atenção considerados mais pertinentes em enfermagem de saúde mental, os quais serão abordados de seguida:

- Depressão – *“Emoção com características específicas: estado no qual a disposição é suprimida causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração de compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça”* (Cipe, 2005, p.98).
- Ansiedade – *“Emoção com características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou angustia, sem causa conhecida, acompanhada de pânico, diminuição de auto segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor palma das mãos, pupilas dilatadas e voz tremula”*(Cipe, 2005, p.98).
- Angústia – *“Emoção com características específicas: sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição”*(Cipe, 2005, p.98).

Cuidar da pessoa com depressão, tendo em conta a sua perceção da situação, respeitando a sua interpretação, orientando e fornecendo informação sobre a sua condição, para que aceite e compreenda o que é a sua doença e como pode lidar com ela. Assim, verificará o significado que esta doença tem para a pessoa/família e a forma como a vive no seu contexto saúde/doença e contexto social.

Este estágio permitiu adquirir e desenvolver competências, prestar cuidados individualizados a pessoas com esta patologia, de modo a fomentar a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida saudáveis e reforço dos

mecanismos de coping adaptativos. Desta forma, desenvolveu algumas das funções que Benner (2001) identificou como necessárias para a excelência na prestação de cuidados de Enfermagem:

- Função de Ajuda;
- Função de Educação e Orientação;
- Função de Diagnóstico e de Vigilância da pessoa.

A entrevista é o principal recurso para recolher informações e realizar a avaliação da pessoa/família em psiquiatria, é utilizada para proceder à colheita de dados, que se processa durante todos os contactos o enfermeiro tem com a pessoa/família, sendo essencial para o bem-estar deste, assim como na colaboração com a equipa multidisciplinar no que diz respeito à escolha das melhores soluções para pessoa. A informação recolhida diz respeito à pessoa e à sua condição de saúde, traduzindo-se num processo onde o entrevistador tente compreender todos os fatores biológicos, psicológicos e sociais, que desempenham um papel no aparecimento do problema e que vão afetar a sua recuperação.

A entrevista é importante na avaliação da pessoa, e que resulta de um saber ouvir; de uma boa técnica de entrevista e de uma boa relação estabelecida com a pessoa. Uma entrevista eficaz é a chave para proporcionar a confiança no enfermeiro, que torna provável a adesão, por parte da pessoa, do projeto terapêutico recomendado.

Segundo Mackinnon (1990), a entrevista centralizada na compreensão da pessoa proporciona informação diagnóstica mais valiosa que aquela concentrada na psicopatologia, ainda que o entrevistador possa ver o pessoa uma única vez é possível uma interação verdadeiramente terapêutica.

Os dados recolhidos, através da entrevista enfermeiro/pessoa, relativamente aos pensamentos e sentimentos são tão importantes como aqueles que se obtêm pelo exame físico, sendo importante que a colheita de dados se dirija à pessoa como um todo.

Neeb (2000), refere que os enfermeiros colhem dados relativos à pessoa e à sua condição de saúde, sendo nesta fase de colheita de dados/avaliação inicial que se realiza a avaliação do estado de saúde mental. O enfermeiro através da entrevista observa o funcionamento mental da pessoa e obtém os dados que lhe permitem concluir, se é ou

não portador de alguma patologia, e avalia o grau de comprometimento que a doença causa, bem como os aspetos saudáveis da sua personalidade.

O enfermeiro com a entrevista estabelece uma relação profissional com a pessoa, criando um sentimento de confiança, expectativas positivas de ajuda, estabelece um vínculo afetivo e concebe condições para que o tratamento resulte. Assim, a entrevista de enfermagem psiquiátrica torna-se num instrumento essencial para a realização dos diagnósticos de enfermagem mas, mais importante ainda, para o estabelecimento de um relacionamento terapêutico enfermeiro/pessoa.

Para a prática da Enfermagem em Saúde Mental, entrevistar é uma habilidade essencial tornando-se numa verdadeira arte, alcançada e aperfeiçoada com a prática. O campo de estágio, reuniu as condições essenciais para que conseguisse aprofundar conhecimentos e competências e promoveu o seu crescimento a nível profissional e pessoal, pois é um serviço especializado na área de saúde mental e psiquiatria.

A pessoa é detentor dos verdadeiros recursos e potencialidades, e o enfermeiro o facilitador na procura dos mesmos, permitindo-lhe, assim, a auto resolução dos seus problemas e necessidades. Assim, cabe ao enfermeiro: saber quando a pessoa está pronto a aprender; ajudar as pessoas a interiorizar as implicações da doença e da cura/tratamento no seu estilo de vida; saber e compreender como a pessoa interpreta o estado de doença e da necessidade dos tratamentos; tornar abordáveis e compreensíveis os aspetos culturais da doença.

Apesar de diversas pessoas terem a mesma patologia, cada uma possuiu a sua vivência face à doença, cada pessoa atribui à sua doença e à sua recuperação significados diferentes. Assim, em certos casos, é difícil levar a pessoa a expressar as suas vivências e sentimentos, atividade que pode ser facilitada se o enfermeiro recorrer às competências da Relação de Ajuda. Quando a pessoa sente que é realmente aceite pelo enfermeiro, numa aceitação ausente de atitude punitiva, de julgamento e crítica, sente confiança e rapidamente abandona as suas defesas. Sentindo-se compreendido e aceite tal como é, e sentindo apoio.

No desenvolvimento das competências da Relação de Ajuda, o objetivo é levar a pessoa a satisfazer as suas necessidades, com base nos seus mecanismos internos, tendo

consciência dos mesmos para se entender como principal detentor da capacidade de resolução do seu problema.

A relação de ajuda é uma competência, guiada por saberes e técnicas, manifestada através de comportamentos e atitudes do profissional. Implica capacidade de comunicação verbal e não verbal. A relação de ajuda só poderá desenvolver-se num clima de separação afetiva e de confiança mútua, que conduza à responsabilização de cada um dos intervenientes pelos outros.

Segundo Rogers (1971, Vol I, p.10), *“relação de ajuda é aquela na qual pelo menos uma das partes, procura promover no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para enfrentar a vida”*.

A base primordial da relação de ajuda é a escuta; a enfermeira deve desenvolver esta capacidade, de forma a compreender a pessoa, e para isso a enfermeira deve demonstrar disponibilidade para escutar. A empatia também é considerada a base da relação de ajuda.

A comunicação é de extrema importância no desenvolvimento da relação de ajuda, tomando em consideração o tipo de comportamento social que se utiliza na relação com as pessoas. A adoção de um comportamento assertivo, poderá facilitar o estabelecimento de uma relação empática com as pessoas, potencializando a interação social. O profissional ao agir de forma tranquila, procura satisfazer os seus objetivos na relação, sem ansiedades excessivas, expressando os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazendo valer os seus direitos, sem negar os direitos dos outros intervenientes na relação interpessoal. A interação social desenvolve-se com a harmonização entre o comportamento verbal e o não verbal, estabelecendo-se um padrão de linguagem fluente e um contacto visual firme, o que inevitavelmente favorece a dinâmica de relacionamento interpessoal, permitindo ao profissional ser verdadeiramente congruente no seu discurso e nas suas atitudes.

Segundo Phaneuf (2005), a entrevista de ajuda trata-se de uma estratégia de comunicação profissional para a qual a enfermeira estabelece um processo de suporte para a pessoa cuidada ou família, a fim de os ajudar a enfrentar as dificuldades inerentes à doença e ao seu tratamento ou às dificuldades existenciais que prejudicam a sua adaptação à situação vivida. Este tipo de entrevista visa ajudar a compreender esta

situação e aceitar com serenidade e a tornarem-se autónomos, quando isso é possível, ou a transitaremos últimos momentos da vida com dignidade.

Este tipo de entrevista é o lugar de desenvolvimento da relação de ajuda e consiste em ajudar a pessoa a enfrentar as suas dificuldades, colocar as suas dificuldades, exprimir as suas emoções, em palavras para que a enfermeira possa compreendê-las. Este tipo de ajuda apela a uma comunicação calorosa e funcional, sem comunicação esta relação significativa não se pode estabelecer, e os cuidados não podem passar da sua função prática e organizacional.

Há várias situações que necessitam do estabelecimento da relação de ajuda. Estas são geradas por afeções físicas, por problemas de natureza afetiva em que intervêm a ansiedade, o medo ou a solidão, por dificuldades relacionais, espirituais ou económicas. É importante considerar que a pessoa que se sente segura, compreendida, apoiada e encorajada recupera mais rapidamente e mais harmoniosamente a saúde.

A entrevista de ajuda informal trata-se de uma estratégia de comunicação profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo de ajuda rápido e espontâneo junto de uma pessoa que vive uma situação penosa a fim de lhe fazer exprimir a sua dor e as suas inquietudes, diminuir a sua ansiedade, mostrar-lhe que o seu sofrimento, foi compreendido e que não está sozinha, e manifestar-lhe compreensão empática (Phaneuf, 2005).

Este tipo de ajuda é importante uma vez que tem como objetivo imediato de levar a pessoa a sentir-se com confiança, a dar-se conta que uma mão amiga se estende para ela para a ajudar a verbalizar o seu problema e a exprimir as suas emoções.

A entrevista de ajuda formal, segundo Phaneuf (2005), trata-se de uma estratégia de comunicação profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo de ajuda estruturado, previsto antecipadamente, segundo horário estabelecido. Os seus objetivos e o seu desenvolvimento são previamente definidos, e a sua organização material é planificada no momento da preparação. É utilizada com uma pessoa que vive uma situação penosa a fim de fazê-la falar das suas dificuldades físicas, psicológicas ou relacionais, de libertar a sua ansiedade e de lhe manifestar a sua compreensão empática.

Neste tipo de entrevista a enfermeira não dá conselhos, nem diz o que fazer à pessoa cuidada, uma vez que o facto de a pessoa colocar o seu problema em palavras torna-a

mais ativa em relação à sua própria situação. É de salientar que ao contrário da entrevista informal, na entrevista formal temos que investir na fase de preparação.

Para Phaneuf (2005), as etapas da entrevista de ajuda são:

- Fase de Preparação: Informação sobre a pessoa, objetivos e quadro organizacional;
- Fase de Orientação: Criação do clima de confiança;
- Fase de Exploração da Relação: Interiorização, aprofundamento e tomada de consciência da dificuldade tanto para a própria pessoa ajudada como para a que ajuda; Melhor aceitação da dificuldade e melhor adaptação da pessoa à situação;
- Fim da Relação.

As principais dificuldades sentidas pelo enfermeiro são por vezes a falta de aptidão para colocar questões, falta de escuta, observação superficial, timidez, medo de se envolver, entre outras.

Numa entrevista terapêutica o enfermeiro vai ser por vezes confrontado com comportamentos da pessoa que impedem ou dificultam uma relação terapêutica eficaz. É importante percebermos que alguns dos comportamentos manifestados pelas pessoas e as reações do enfermeiro, se produzem quando estão em presença um do outro, e que estes modos de se comportar, refletem a relação que existe entre ambos. Por vezes os intervenientes adotam alguns comportamentos, de forma a contornar as necessidades da relação, tais como: agir em vez da pessoa; fazer de conta que não vê o comportamento da pessoa; “discutir” com a pessoa sobre o seu comportamento; minimizar a importância da experiência da pessoa.

Por outro lado, é importante não desvalorizar a experiência da pessoa, uma vez que esta é única. Se a pessoa não conseguir ultrapassar a dificuldade, poderá viver numa situação de crise. Algumas das intervenções nesta situação são:

- Oferecer à pessoa os cuidados e tratamentos necessários à sua situação de saúde;
- Ajudar a pessoa a tomar consciência do que lhe está a acontecer;
- Criar as melhores condições relacionais possíveis para que possa participar nos cuidados e tratamentos;
- Após a colocação de todas estas questões podemos afirmar que o enfermeiro se deve sentir preparado para dizer o que conhece da pessoa, da qualidade do contacto, das motivações, das emoções e necessidades;

- Após este processo é relevante avalia-lo no que diz respeito aos aspetos positivos e negativos tanto para a pessoa, como para o enfermeiro. Esta análise irá ajudar na percepção do comportamento que dificulta a relação terapêutica, para que estes comportamentos sejam colmatados e a relação seja benéfica para ambos.

Desta forma, é fundamental que o enfermeiro se conheça a si próprio, às suas atitudes e comportamentos, de forma que estes não interfiram na relação terapêutica. Deve desenvolver as suas competências pessoais e sociais no contexto das relações interpessoais e da comunicação, refletir sobre o impacto emocional que a linguagem verbal e não verbal exerce sobre o Eu, assim como os estilos relacionais; compreendendo as estratégias de negociação interpessoal como instrumento de resolução de conflitos.

Neste sentido, Peplau (1990) defende o papel único dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria pois são aqueles que são capazes de conseguir integrar de forma apropriada a abordagem das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico, fornecendo educação para a saúde, coordenando os cuidados, supervisionando outras ajudas domiciliárias de saúde e integrando a família e outros elementos significativos nos sistemas de apoio à pessoa.

À Enfermagem cabe o papel primordial de educar para a saúde a pessoa, família e grupo, incluindo comunidades. Deste modo, o enfermeiro, deve possuir um vasto leque de conhecimentos e competências que permitam intervir junto de grupos, entre os quais: sensibilidade para perceber os interesses, motivação, conhecimentos, falsos conceitos, tipo de linguagem do grupo alvo; criatividade para motivar a audiência a participar na sessão de educação; saber adequar o tom de voz, comunicação verbal e não verbal a fim de cativar a audiência; gestão de tempo, capacidade de improvisação e gestão de intervenções/debate.

Segundo o REPE (1996), *“A Enfermagem é a profissão que na área de saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível”*.

Quando existe uma perturbação da saúde mental, neste caso a depressão, existe uma alteração em todo o seio familiar, se interirmos na pessoa iremos por sua vez intervir na sua família. Considero que a realização de sessões de relaxamento será potencialmente terapêutica para as pessoas, podendo reduzir os níveis de ansiedade das mesmas, associados a um internamento hospitalar psiquiátrico em fase aguda, assim como para as suas famílias.

Como refere Cunha Filho (2004, p.47) “*O que acontece a um membro da família afeta a todos e, reciprocamente, o que ocorre à família influencia necessariamente todos os seus membros*”, pelo que me faz sentido falar de família neste contexto.

A família é um organismo com regras próprias, com flexibilidade para mudar e ajustar-se aos diferentes estágios do ciclo vital e a crises situacionais. É ela que tem maior impacto no desenvolvimento humano, e este, influencia e é influenciado pela sua cultura, pelos grupos a que pertence e pelo meio ambiente em geral.

Segundo a CIPE, família é “...*A unidade social constituída pela família como um todo, é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.*”

OMS (1994), refere que “*o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família*”.

Gameiro (1999, p.187) acresce ainda, que “*A família é uma rede complexa de relações e emoções, na qual passam sentimentos e comportamentos*”.

Rogers, define a família como uma fonte de energia em interação contínua com o ambiente. O objetivo da família é a manutenção e a promoção do bem-estar familiar, por meio da reestruturação do agregado e dos campos que constituem o ambiente.

A família possui limites definidos e consiste em elementos que interagem mutuamente entre si e com o seu ambiente. Tal como nos sistemas, qualquer problema que afete um dos componentes (pessoa), afeta todos os outros.

Segundo Srinphall (1994), família é quem determina as primeiras relações sociais, assim como os contextos onde ocorre a maior parte da aprendizagem, sendo encarada como o ponto crucial da identidade.

Difícilmente alguém consegue viver sozinho, a família é a unidade básica da sociedade, a célula fundamental da comunidade. É um sistema aberto, e como tal contém todos os elementos de um sistema, estrutura, propósito ou função e organização interna. A família é a “outra parte” da pessoa, que tão facilmente é descurada.

A OMS em 1987 chama, por isso, a atenção para o importante papel que a família desempenha na proteção da saúde e na promoção de estilos de vida propícios à saúde.

A definição de família é abrangente podendo ser encontradas várias funções que lhe são inerentes. Taylor (1992) descreve algumas das funções de uma família:

- Reguladora da atividade sexual e reprodução, proporciona a atividade sexual entre os conjugues e reforça o tabu social contra o incesto;
- Manutenção física, proporciona a manutenção das necessidades de vida básicas;
- Proteção, protege os seus elementos contra as influências externas indesejáveis;
- Educação e Socialização, é uma função fundamental já que inicia as crianças a aprenderes como atuar e relacionar-se no mundo em que vivem;
- Recreação, é função da família incentivar as atividades de lazer como forma de socialização;
- Status assegurado, ainda hoje em dia o status é determinado pelo nível sócio económico da família;
- Garantia de afeto, nas famílias funcionais, a aceitação é transmitida por um afeto profundo e duradouro entre os membros.

A abordagem terapêutica feita à família contribui para a compressão da complexidade das relações familiares, das suas potencialidades, mas também das suas dificuldades. O apoio que se lhe dá deve acima de tudo ajudá-la a cuidar do seu doente.

Assim, concordando com Figueiredo (1999, p.16) quando cita Whyte afirmando que, *”mais do que um desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na comunidade, em pediatria ou psiquiatria, os cuidados de enfermagem à família são um desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados aos doentes e um compromisso na*

promoção da saúde. É ou poderá ser um marco fundamental da moderna prática de enfermagem...”

O Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001 (OMS, 2002) considera que a atenção baseada na comunidade utilizando todos os recursos disponíveis, apresenta melhores resultados para a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas, é efetiva em relação aos custos e respeita os direitos humanos, permite intervenções precoces e limita o estigma associado ao internamento de evolução prolongada. Em consonância, as propostas de cuidados de saúde mental, tanto na Europa como em Portugal, tendem a substituir o modelo biomédico, centrado no hospital, por um modelo holístico de abordagem integral, multidisciplinar e de base comunitária, privilegiando a articulação de várias estruturas e serviços, particularmente com os cuidados de saúde primários (Butt & Silva, 2008). Esta mudança de paradigma requereu a redefinição de estratégias e novas formas de atuação. Nesse cenário a enfermagem de saúde mental é chamada a dar um importante contributo.

Para Haber & Billings (1995) os cuidados primários de saúde mental correspondem aos cuidados oferecidos aos indivíduos em risco de, ou já a necessitarem de serviços de saúde mental, envolvendo os serviços globais e contínuos necessários à promoção de um estado ótimo de saúde mental, à prevenção da doença mental e à manutenção da saúde englobando a gestão (tratamento) e/ou orientação para a resolução dos problemas mentais e da saúde em geral.

O Relatório Mundial de Saúde de 2001 (OMS, 2002) recomenda o desenvolvimento de indicadores para a saúde mental das comunidades e a sua inclusão nos sistemas de informação, que devem incluir tanto o número de indivíduos com perturbações mentais e a atenção que recebem, como medidas gerais da saúde mental da comunidade. Do mesmo modo, a União Europeia através do Livro Verde: Melhorar a Saúde Mental da População (2005), também chama a atenção para a necessidade de uma estratégia que privilegie, entre outros aspetos, a criação de um sistema comunitário de informação, investigação e conhecimento no domínio da saúde e doença mental das populações, sendo necessário dispor de mais dados sobre as determinantes sociais, demográficas e económicas de saúde mental, bem como sobre as infra estruturas, atividades e recursos de prevenção e promoção.

A OMS (2002) defende que de forma a promover uma integração sustentada da pessoa portadora de perturbação mental na comunidade é necessário a reabilitação psicossocial, pois esta permite aos indivíduos recuperar ou adquirir as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade, de forma a “ensinar-lhes” a maneira de fazer face às suas incapacidades. Neste processo o enfermeiro é fundamental, pois para além de procurar a satisfação das necessidades humanas fundamentais, procura também promover a saúde, os processos de readaptação e a máxima independência na realização das atividades de vida diária, bem como a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores (OE, 2001).

Apesar da larga evidência disponível mostrar que a toma a longo prazo da terapêutica anti psicótica permanece como o meio mais realista de prevenir as recidivas, minimizar a mortalidade e morbilidade, de assegurar uma vida independente e inserida em comunidade em indivíduos portadores de esquizofrenia, o abandono ou fraca adesão à terapêutica contínua a ser um problema com elevado impacto negativo nomeadamente no tratamento das perturbações psicóticas (Voruganti et al, 2008). Deste modo, trabalhar as questões relacionadas com a adesão e a gestão autónoma da terapêutica farmacológica é um vetor essencial.

Para adquirir e desenvolver conhecimentos nesta área, realizou um estágio na consulta de enfermagem de psiquiatria, onde observou a dinâmica da equipa de enfermagem. A consulta é constituída por um gabinete clínico onde se realizam as consultas, uma sala de trabalho de enfermagem onde a equipa de enfermagem prepara a medicação dos pessoas e procede à administração de alguma terapêutica a pessoas que são referenciados pelo médico na consulta. Existe também uma sala de soroterapia, local para onde as pessoas são encaminhadas pelo seu médico psiquiatra, no sentido de realizarem ciclos de tratamento com anti depressivos, beneficiando de um programa de acompanhamento, controlo e manutenção de medicação realizada pelos enfermeiros. É ainda, neste espaço que são realizados ensinamentos à pessoa, relativos aos efeitos secundários do tratamento, bem como informação acerca das medidas que devem ser tomadas para evitar recaídas ou mesmo esclarecimento de dúvidas acerca da patologia.

Teve a oportunidade de observar e participar numa sessão de psicoeducação para a pessoa com depressão e para os seus familiares, onde se verifica a eficácia da medicação e das técnicas psicoterapêuticas, onde é estabelecida uma relação terapêutica

com a pessoa/família. Assim como uma sessão de relaxamento de jacobson a um grupo de pessoas com depressão.

Participou nas reuniões com a equipa multidisciplinar, onde são discutidas as situações clínicas de cada pessoa, debatendo-se o projeto terapêutico de cada um, bem como outras situações, podendo ouvir a opinião dos vários profissionais de saúde onde se tomam decisões em conjunto com vista a dar as respostas mais adequadas às necessidades das pessoas tendo em conta a sua família e o contexto social. Assim, como o apoio social e judicial que é necessário em algumas situações.

No decurso do estágio desenvolveu um projeto de intervenção que focalizou a ajuda ao pessoa com depressão, nomeadamente, proporcionar à pessoa conforto e bem estar através de técnicas de relaxamento, onde realizou sessões segundo o Modelo psicoterapêutico de Jacobson, já anteriormente descrito.

Outro projeto que está a desenvolver no serviço de cirurgia onde exerce funções, é a implementação do projeto “ Aplicação da Escala de Distress Emocional”, às pessoas oncológicos. Este projeto surgiu devido a existir alterações psicopatológicas e a episódios de suicídio consumado, identificadas nas pessoas oncológicas num estudo realizado pelo serviço de psiquiatria do Instituto Português De Oncologia de Lisboa, decidindo aplicar este projeto de forma a despistar estas situações e poder intervir nas mesmas, e assim melhorar a qualidade do *screening* do risco psicopatológico. Este projeto será explanado posteriormente.

Analisando o seu estágio, identificou algumas áreas nas quais sentiu que devia aprofundar/desenvolver conhecimentos, competências, atitudes e habilidades, que foram úteis ao longo de todo o processo de desenvolvimento profissional e pessoal; ao nível da adaptação a novas situações, de resolução de problemas, de tolerância, criatividade, de forma a ser um elemento ativo, participante e responsável pela sua formação. Esta competência foi desenvolvida no decorrer ao longo dos estágios, gradualmente sentiu que a foi desenvolvendo e a qual se repercutiu nos cuidados especializados que presta às pessoas e nas reflexões que fazia com o orientador e a equipa.

Assim, para o desenvolvimento desta competência, realizou as seguintes atividades:

- Revisão bibliográfica; no contexto deste serviço encontrou as mais variadas patologias, apesar do seu projeto recair sobre a depressão, achou pertinente e

necessário realizar uma pesquisa sobre as outras patologias de forma a melhorar os cuidados prestados e para dominar toda a sua fundamentação. Para tal, elaborou um dossier, onde colocou a pesquisa realizada e que sempre necessário consultava o mesmo;

- Revisão bibliográfica sobre Cipe;
- Revisão bibliográfica sobre relação ajuda, comunicação e entrevista;
- Revisão bibliográfica sobre técnicas de relaxamento;
- Revisão bibliográfica sobre termómetro emocional;
- Auto-conhecimento, como ponto de partida para o conhecimento/cuidado do outro;
- A pessoa é única e tem capacidades internas e externas para resolver os seus problemas;
- Respeito pela dignidade de cada pessoa, aceitar a pessoa tal como é;
- Visão holística da pessoa com depressão e sua família;
- Confidencialidade de toda a informação recolhida;
- Realizar entrevistas de ajuda à pessoa/ família;
- Prática reflexiva como orientadora da melhoria dos cuidados prestados e promotora da aprendizagem;
- Realizou o processo de enfermagem; por vezes ficava com pessoas atribuídas e prestava cuidados especializados aos mesmos, coordenando os mesmos com o orientador;
- Realizou sessões de relaxamento segundo a técnica de jacobson às pessoas internados, já anteriormente mencionadas e descritas;
- Realizou sessões de psicoeducação sobre o relaxamento de jacobson, referidas anteriormente;
- Uma habilidade que sentiu que desenvolveu foi na elaboração dos registos de enfermagem, com toda a nomenclatura e linguagem específica desta área, por vezes apresentava algumas dúvidas, as quais eram esclarecidas com o orientador.
- Participar nas atividades desenvolvidas no serviço;
- Participação nas reuniões clínicas realizadas semanalmente;
- Interação com técnicos e pessoas;
- Realizou de duas formações para todos os enfermeiros do serviço sobre “Aplicação da escala de Avaliação do *Distress* “Termómetro Emocional”,

- Aplicou o instrumento “ termómetro emocional” às pessoas no serviço de cirurgia, relatados anteriormente;
- Aplicação e desenvolvimento de competências (atitudes e habilidades) relacionais;
- Estimulação da participação das pessoas;
- Dinamização de atividades ocupacionais/aptidão social;
- Realizar visitas de observação nas sessões de psicoeducação da consulta externa de enfermagem, e participar nas reuniões de serviço;
- Prática reflexiva como orientadora da melhoria dos cuidados prestados e promotora da aprendizagem;

2 - Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

A preocupação sobre a valorização da análise e reflexão das práticas como estratégia de formação, resulta do reconhecimento que no dia-a-dia os enfermeiros adotam muitas vezes comportamentos e atitudes disparos, não refletindo sobre o porquê e o efeito das suas ações. Neste sentido, o enfermeiro especialista, para além de aplicar níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, assume ainda o papel não só de prestador de cuidados diferenciados mas também de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde (OE,2007).

Assim, através da “*a reflexão na ação e a ação refletida*” em contexto (Gonçalves *et al*, 1998, p.11) é possível desenvolver-se uma prática cada vez mais proficiente no sentido da melhoria dos cuidados e do desenvolvimento pessoal e profissional.

O conhecimento do seu Eu passa pelo desenvolvimento das suas capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais. É estar consciente dos seus recursos pessoais, reconhecer as suas capacidades, habilidades, dificuldades e defesas no decorrer da relação com a pessoa. O enfermeiro deve conhecer o seu Eu, assim como as suas potencialidades e limitações; se o enfermeiro não conhece e não aceita as suas limitações, terá dificuldade em aceitar as da pessoa. Assim, é importante que o enfermeiro tenha conhecimentos das variáveis que envolvem uma relação, um bom

conhecimento do seu papel, dos seus limites profissionais, assim como e um conhecimento de si.

Em simultâneo, na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro têm o dever de integrar o conteúdo do código deontológico com o intuito de crescer na profissão e assumir o compromisso de cumprir os deveres. Segundo o artigo 8º do REPE (1996), *“no exercício das funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos”*.

De acordo com Nunes *“a existência do REPE e do código deontológico, para ter impacto, implica que cada enfermeiro tenha consciência da responsabilidade”* (Nunes, 2005).

O enfermeiro procede de acordo com o legislado no regulamento da profissão (REPE), conhece a legislação para poder fundamentar e argumentar as suas ações. As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana dos clientes e do enfermeiro. Para o enfermeiro toda a ação a desenvolver deve fundamentar-se no integral respeito pelos direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções (políticas, religiosas, ideológicas, filosóficas) ou de diferenças (étnicas, sociais, económicas). Sabendo que a defesa e a promoção da liberdade implicam a responsabilidade individual, coletiva pelos atos praticados na sequência das decisões tomadas.

Sendo que os enfermeiros assumem o compromisso de prestar cuidados às pessoas, ao longo do seu ciclo vital, na saúde, incapacidade e morte, está implícita a ética da promessa e a responsabilidade de cumprir o prometido. Cada cidadão tem direitos e deveres. Os direitos dos clientes existem enquanto documento para salvaguardar os direitos na situação de vulnerabilidade. Segundo o código, artigo 78º, sob o título princípios gerais, representando desta forma o “artigo ético” e expressa princípios gerais, os valores e os princípios orientadores do exercício da profissão; assim como o artigo 81º dos valores humanos.

Citando Benner (2005), *“Como se admite cada vez mais que os doentes devem e querem saber o que lhes fazem, a interpretação e a explicação dos tratamentos, tornaram-se*

papéis chave nos cuidados de enfermagem. Eles necessitam de competência e de descrição. A enfermeira deve avaliar até que ponto o doente precisa de informações e quer ser informado. Ela deve, portanto, encontrar um vocabulário que o doente possa entender”.

O enfermeiro tem que ter sempre em consideração a autonomia e a liberdade da pessoa, promovendo o máximo possível de comportamentos autónomos por parte da pessoa, informando-o convenientemente, assegurando-se da correta compreensão da informação dada e da livre decisão do mesmo.

No segredo profissional, englobando tudo o que chega ao conhecimento do enfermeiro, pelas mais variadíssimas formas durante o seu exercício profissional, os elementos desse segredo estão diretamente relacionados com a natureza da doença (doenças congénitas, mentais, hereditárias, etc) e/ou circunstanciais relacionadas com a doença e que ao serem conhecidas podem lesar o pessoa e os seus familiares ou pessoas próximas.

A privacidade está diretamente vinculada a uma relação interpessoal entre o profissional de saúde e a pessoa, deve facilitar o estabelecimento do diálogo e da confiança mútua necessária ao desenvolvimento do trabalho.

O enfermeiro tem o dever de respeitar, deve tratar a pessoa com a maior consideração (respeitar), tendo em conta a capacidade em decidir por si, sobre receber ou recusar cuidados de enfermagem; a enfermeira deve ter presente o artigo 83º e 84º, assim como a declaração universal dos Direitos do Homem a carta dos direitos do cliente internado. Ao prestar cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve fazê-lo de forma adequada a não comprometer a intimidade pessoal, respeito do cliente.

O enfermeiro tem o dever de conhecer e cumprir normas deontológicas e as leis que regem a profissão, responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; defender a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum (...) (art. 79 do código deontológico). O enfermeiro tem direitos e deveres, também deve conhecer as políticas nacionais e local, dadas estas estarem presentes no seu exercício profissional, assim como a lei da gestão hospitalar e o plano nacional de saúde.

A prática dos cuidados de enfermagem é baseada no conhecimento, sendo este definido por Collière (2003, p.130) como “(...) o saber estruturado que, ao transmitir-se, dá

origem a outros saberes, se houver confrontação com situações, como a experiência pessoal, com outras pontes de conhecimento”.

Esta ideia é sublinhada por Alarcão, que caracteriza o conhecimento profissional do enfermeiro como *“um conhecimento aplicado de conceitos e processos teoricamente aprendidos”*, mas também *“um conhecimento vivencial, experienciado, isto é, derivado de casos e atualizado em cada contexto, o que significa um conhecimento progressivamente construído”*. É *“(…) um conhecimento que implica o conhecimento das pessoas, das doenças (…) das pessoas doentes que estão aos seus cuidados”* (Alarcão, 2001, p.54). Só assim é possível aplicar na prática de enfermagem, os conhecimentos e as técnicas adequadas a determinada situação de cuidados.

Também é de extrema importância conhecer a estrutura física, funcional e organizacional do serviço, pois conhecendo a estrutura física consegue deslocar-se no serviço de forma eficiente e adequar a necessidade de cuidados da pessoa ao espaço/ambiente que está disponível e que melhor se adequa. A nível funcional e organizacional é importante conhecer os técnicos de saúde que trabalham na Instituição, assim como a sua hierarquia. De forma a saber quem se deve dirigir quando tem necessidade de recorrer a outro técnico para satisfazer uma necessidade da pessoa (baixa médica, acompanhamento social, consultas pós-alta ...) ou quando realizar uma atividade com as pessoas, saber qual o melhor horário. Assim conseguirá integrar na equipa multidisciplinar.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, no seu Artigo 90º, intitulado *“Dos deveres para com outras profissões”*, *“como membros da equipa de saúde, o enfermeiro assume o dever de:*

- a) Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competências de cada uma;*
- b) Trabalhar em articulação e complementaridade como os restantes profissionais de saúde;*
- c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços”.*

Como Enfermeiro Especialista, também deve integrar na equipa multidisciplinar na qual irá desempenhar o seu papel e atividades. A integração na equipa multidisciplinar foi adequada, esta proporcionou um bom acolhimento, em especial pela equipa de enfermagem.

Assim, deve conhecer os seus pressupostos de ação e corresponder as expectativas que têm do trabalho que desenvolve, para tal realizou as seguintes atividades:

- Apresentação dos serviços pelo orientador de estágio, este apresentou os serviços que trabalham em parceria com este serviço, assim como apresentou os técnicos que exercem as diversas funções que se complementam, este foi facilitado pois já tinha exercido funções neste hospital.
- Observação direta da estrutura dos serviços, teve oportunidade de conhecer a estrutura dos serviços, e assim conseguir mobilizar os recursos.
- Consulta dos Manuais de Normas e Protocolos dos serviços, foi necessário consultar estes manuais, de forma a exercer as suas funções de acordo com as normas e protocolos do serviço.
- Revisão bibliográfica, sentiu a necessidade de elaborar uma revisão bibliográfica intensa de forma a conhecer as diferentes patologias que as pessoas apresentavam, os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos realizados. Desta forma, elaborou um dossier de estágio, no qual colocou alguma da informação pesquisada; ainda em construção e sempre que necessário consultava este dossier, o qual se tornou uma mais valia ao longo do estágio.
- Observação holística da pessoa; a perspetiva holística do indivíduo, entendido no seu todo, as suas influências e vivências individuais, familiares, sociais, culturais e espirituais possibilitam uma melhor compreensão e conhecimento para o desenvolvimento da arte do cuidar com maior qualidade e eficiência, alargando o domínio da prática e intervenção da enfermagem.
- Demonstrar disponibilidade e abertura para o esclarecimento de dúvidas, transmitir informações honestas, claras e objetivas e compreender as reações das pessoas e familiares, como mecanismos de defesa à ansiedade e medo existentes, promovendo a confiança destes na equipa, e o estabelecimento de uma relação aberta, conduz à colaboração mútua.
- O acolhimento é uma técnica de relação humana, que ocupa um papel primordial na forma de receber bem. No acolhimento o indivíduo é visto numa perspetiva

holística. Quando a pessoa é admitida no hospital/serviço é importante perceber quais os sentimentos presentes, provocados pela incerteza quanto ao futuro, pela dor, por experiências anteriores negativas ou pelo facto de estar perante uma situação desconhecida. Um acolhimento caloroso, demonstrando disponibilidade, disponibilizando informações úteis, identificando expectativas e preocupações presentes, ajuda a diminuir a angústia e a ansiedade, permitindo construir uma relação de confiança e de ajuda.

“A relação com o doente torna-se o eixo principal dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de o compreender, encerrando em si mesmo um valor terapêutico. É da relação humana que se estabelece entre quem presta e quem recebe cuidados, que depende em grande parte a evolução e o êxito de recuperação, assim como também, quanto maior for o envolvimento do doente mais eficaz será a sua participação.” (Colliere 1999, p.120).

Bernardo (1985, p.119) acrescenta ainda que *“é essencial cuidar o serviço da receção de modo a que o acolhimento seja atento e personalizado”*.

Tal como refere Elhart (1983, p.159) *“toda a gente sabe que as primeiras impressões são por vezes as que mais perduram, pelo que deverão envidar os maiores esforços no sentido de exteriorizarem interesse, simpatia e compreensão durante os primeiros momentos...”*.

- Entrevista de enfermagem à pessoa e família; realizou várias entrevistas, já anteriormente relatado.
- Observação da reunião clínica; sempre que possível observou e participou nas reuniões de serviço, onde eram discutidos as novas diretrizes da instituição, o estudo realizado a cada pessoa, o tratamento e a estrutura social e económica necessário para a sua recuperação. Primeiramente, considero que a responsabilidade clínica sobre as pessoas é demonstrada pelo estabelecimento de uma relação terapêutica, e em segunda instância com o reconhecimento dos diversos elementos da equipa através da transmissão de informações importantes acerca dos diferentes casos, discussão de opinião clínica e do empenhamento demonstrado.

A sua postura como enfermeira especialista reflete-se, essencialmente na discussão de casos clínicos com a equipa de enfermagem e com alguns dos psiquiatras. Com

essa discussão chegávamos ao consenso da realização de algumas intervenções adequadas a cada caso específico.

- Observação e análise das atividades desenvolvidas por outros técnicos da equipa; teve oportunidade de observar atividades realizadas por outros profissionais, nomeadamente atividades lúdicas, absorvendo todos os momentos de aprendizagem e enriquecendo o seu conhecimento.
- Discussão e esclarecimento de dúvidas com os orientadores (Escola/Local de estágio), sempre que achou pertinente colocaram várias questões e esclareceu as mesmas com os orientadores.

Durante este período teve o privilégio de observar a relação privilegiada que o enfermeiro orientador do estágio estabelecia com a equipa multidisciplinar e com os diferentes pessoas e a forma assertiva como lidava com as mais diversas situações, demonstrando seu *know how*.

“A função de perito permite igualmente aumentar o número de caminhos possíveis, ou seja, permitir à pessoa que é cuidada e aos familiares, identificar as diferentes possibilidades e os diferentes caminhos que lhes oferecem” (Hesbeen, 2001, p.29).

Tendo em conta em conta estes princípios e conhecendo os recursos disponíveis, realizou o desenvolvimento da sua formação, com o objetivo de melhorar os seus conhecimentos. Assistiu aos vários momentos de formação em serviço, nomeadamente:

- Tema “Esquizofrenia” – Prof.º Dr.º Pio Abreu

- Tema “Alcoolismo” – Prof. Dr.º Domingos Neto

Um contributo importante neste estágio foi assistir a uma formação dada pelo Professor Dr.º Pio Abreu no DPSM do CHCS, o qual transmitiu os seus saberes sobre a esquizofrenia; assim como apresentou o seu livro *“Introdução à psicopatologia compreensiva.”*

Este tema foi muito interessante pois no serviço onde exerce as suas funções, serviço de cirurgia geral, por vezes existem pessoas com esta patologia, verificando que os enfermeiros ficam apreensivos ao cuidar destes pessoas devido à patologia psiquiátrica, á sua medicação e estigma. Com esta formação e depois com a sua pesquisa bibliográfica, transmitiu os seus conhecimentos sobre esta patologia aos seus pares,

assim como conseguiu desmitificar alguns receios em relação à mesma por parte dos enfermeiros.

Estas formações informais, aconteciam por vezes na passagem de turno ou em momentos de pausa, períodos em também se realizava uma discussão e reflexão sobre os cuidados a prestar. Os enfermeiros verbalizavam que achavam muito importante este tipo de formação, pois existe pouco conhecimento acerca desta área e apreensão de falar sobre as mesmas

O tema do alcoolismo despertou um grande interesse, pois no serviço onde exerce funções depara-se diariamente com vários casos de alcoolismo, começou a estar mais envolvida com esta problemática. Perante a realidade que observa no serviço, as pessoas que são internados para cirurgia, têm muitas vezes associado um problema de dependência alcoólica. Isto leva-os na maioria das vezes a entrar em privação no pós-operatório, colocando em risco a sua saúde, a dos que o rodeiam e aumentando o nível de stress dos prestadores de cuidados. Por ser uma área do seu interesse, gostaria de desenvolver mais aptidões relacionadas com o atendimento de pessoas com uso e abuso de álcool, sentiu que devia desenvolver os seus conhecimentos teóricos de forma a melhorar a sua prática, e necessário para a melhoria dos cuidados prestados aos pessoas oncológicos cirúrgicos com esta dependência, para tal fez pesquisa bibliográfica e desenvolveu as suas competências.

A doença alcoólica é uma doença crónica e atinge todos os órgãos, sistemas e funções do corpo humano, conduzindo assim a um tratamento médico multidisciplinar e diferenciado, em que são incluídos também o apoio psicoterapêutico e social. Por tudo isto, julgo que o desafio mais importante para a enfermagem se concentra nas áreas da deteção precoce, prevenção e educação da pessoa.

Os problemas ligados ao álcool são um problema de Saúde Pública, uma vez que interferem com vários aspetos da vida do indivíduo, desde aos problemas de saúde pessoal e familiar, a nível laboral, social e judicial.

Segundo Adés (1997, p.36), a OMS em 1951 referia: *“Os alcoólicos são consumidores excessivos cuja dependência do álcool é tal que apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afetam a sua saúde física ou mental, as*

suas relações com os outros e o seu bom comportamento social e económico, quer ainda pródromos de perturbações desse género. Devem ser submetidos a tratamento.”

Nos anos 70 um grupo de peritos da OMS (1976) sugeriu substituir o termo alcoolismo por “síndrome de dependência alcoólica”. Esta noção de dependência permitiu a definição objetiva e precisa, desprovida de qualquer conotação social ou moral, dos fenómenos de dependência e habituação, bem como, de compulsão face ao álcool.

Segundo a OMS (2002,p.66) *“É necessário encarar a prevenção da dependência do álcool no contexto da meta mais ampla da prevenção e redução dos problemas relacionados com o álcool ao nível da população (acidentes relacionados com o álcool, lesões, suicídio, violência, etc.) ”.*

Desta forma já foram reconhecidos mundialmente os problemas relacionados com o uso e abuso dessa substância e a importância de uma intervenção precoce de modo a diminuir os custos dos problemas sociais e económicos.

A OMS (2002) refere que as principais estratégias comprovadas para o tratamento dos problemas relacionados com a dependência de álcool e outras substâncias, estão no reconhecimento e intervenção precoce do problema dos consumos, as intervenções psicológicas, o tratamento dos efeitos nocivos do álcool, ensino de novas aptidões e comportamentos para fazer face ao impulso de beber e evitar a recorrência, assim como a educação da família e a reabilitação dos indivíduos.

Segundo Otto (1997,p.250) *”Após analisar o consumo de fumo e de bebidas em excesso (mais de 30 bebidas por semana) verificou-se um risco de cancros oral e da faringe 9 vezes maior (...) verifica-se maior evidência entre o desenvolvimento do cancro da cabeça e pescoço e o consumo de tabaco e álcool.”* Ainda de acordo o autor supracitado *“Alguns estudos sugerem que o álcool sendo simultaneamente solvente e irritante, quando consumido em grandes quantidades, tem ação carcinogénica simultaneamente da cavidade oral, faringe e laringe...”*

Na União Europeia o consumo de bebidas alcoólicas está relacionado com 20 a 40 % das admissões psiquiátricas, 20 a 40% dos suicídios masculinos, 40 a 60% dos acontecimentos violentos e 30% dos acidentes de viação. Em Portugal este problema tem uma grande importância pois afeta cerca de 16% da população entre os 15 e 64 anos. (Gomes, 2004)

Segundo o mesmo autor, desde 1989 que a OMS desenvolve projetos dirigidos a esta problemática (“Colloborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Health Care – Phase IV), em que participam vários países europeus. Neste programa são aplicados questionários específicos (AUDIT), e aplicação de intervenções breves. Com o objetivo a identificação do tipo de consumo estabelecido (risco, nocivo ou dependente) e aplicar uma estratégia adequada, de modo a não serem desenvolvidas situações crônicas de difícil resolução, quando ainda podem ser resolúveis.

O álcool é uma droga que pode potencialmente conduzir á dependência, ou em termos mais antigos e familiares, é uma droga de “adição” (Edwards,1987). A adição leva o sujeito a consumir no sentido de obter recompensa imediata, todavia a longo prazo a doença acaba por causar sofrimento e desânimo acompanhando-se por obsessão, compulsão e perda do controlo. Deste modo a adição diferencia-se do consumo normal de substâncias químicas, pela perda da liberdade de escolha, ou seja, a dependência remove a capacidade do indivíduo controlar a frequência, a quantidade e a natureza do consumo (Gorski, 1993, cit. por Henriques, 2004).

Segundo a American Society of Adiction Medicine (1994), a dependência de substâncias ou adição ou doença aditiva é uma doença primária, crônica e muitas vezes progressiva e fatal, sendo por isso considerada uma doença biopsicossocial em que o seu desenvolvimento afeta a longo prazo todas as áreas de vida do individuo, conduzindo a sequelas biológicas, psicológicas e sociais.

O consumo de bebidas alcoólicas já remonta desde a pré-história, em que o homem fermentava raízes e frutos, para os consumir em rituais quer religiosos, quer sociais com o objetivo de O encontro do homem com o álcool esconde-se no tempo, sendo quase impossível conhecer o seu momento e local.

Nas sociedades primitivas, o álcool estava associado a atos religiosos e rituais. As bebidas alcoólicas eram vistas como fonte de potência e virilidade e como antídoto ao medo e à angústia. A embriaguez permitiu ao homem experimentar novos estados, sair da normalidade, romper os limites sociais.

O álcool encerra uma mitologia variada, sendo considerado uma substância de conversão, capaz de modificar as situações e os estados, capaz de transformar um fraco

num forte e um silencioso num falador. Pode servir de álibi tanto ao sonho como à realidade, consoante os utilizadores do mito. O álcool é socializado na medida em que a sociedade recrimina, condena e não compreende todos aqueles que não acreditam no álcool e confere um “diploma” de boa integração social a quem “pratica o álcool”. Saber beber, é para a sociedade, uma técnica que serve para qualificar o homem, para provar simultaneamente o seu poder de performance, o seu controle e a sua sociabilidade. A multiplicidade de definições globais de alcoolismo torna difícil dar a conhecer todos os significados deste tema.

Segundo a OMS (2001,p.66) *“È necessário encarar a prevenção da dependência do álcool no contexto da meta mais ampla da prevenção e redução dos problemas relacionados com o álcool ao nível da população (acidentes relacionados com o álcool, lesões, suicido, violência, etc)”*, portanto já foi reconhecido mundialmente os problemas relacionados com o uso e abuso dessa substância e a importância de uma intervenção precoce de modo a diminuir os custos dos problemas sociais e económicos.

Inicialmente, o consumo gera um problema de comportamento desviado das normas socioculturais onde se insere o indivíduo, a que poderíamos de chamar por “maus hábitos”. Segundo (Carrilho,1991), a progressão desta fase comportamental inicial faz-se por três etapas:

- 1ª - Experimentação / Iniciação – caracteriza-se pela descoberta dos efeitos psicoativos da substância e pela continuação dos consumos, no caso de adesão positiva;
- 2ª - Consumo recreativo / cultural “normal” – caracteriza-se pelos consumos controlados (sem consequências a longo prazo). Estilo de vida sem alterações.
- 3ª - Abuso - caracteriza-se pela perda de controle que se agrava progressivamente, resultando nos primeiros problemas e consequências negativas e também alterações no estilo de vida.

Segundo Barahona Fernandes (cit. por Carrilho, 1991), *“ O acréscimo das dependências químicas adquiriu uma tal gravidade que se impõem organizações diferenciadas para a terapia, recuperação e prevenção de recaídas dos doentes tratados”(...)”importa ajudá-lo a ter a liberdade anterior de se decidir a beber moderadamente ou de não beber de todo”*, portanto urge caminhar no sentido de tomar decisões para tentar travar este “acréscimo”.

Segundo a OMS (2001), as principais estratégias comprovadas para o tratamento dos problemas relacionados com a dependência de álcool e outras substâncias, estão no reconhecimento e intervenção precoce do problema dos consumos, as intervenções psicológicas, o tratamento dos efeitos nocivos do álcool, ensino de novas aptidões e comportamentos para fazer face ao impulso de beber e evitar a recorrência, assim como a educação da família e a reabilitação dos indivíduos.

Segundo o ciclo de mudança de Prochaska e Di Clemente citado por Gomes (2004), é importante ao profissional de saúde, identificar a fase em que o pessoa se encontra (Pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída) e aí ajustar a sua intervenção às características dessa fase. As recaídas podem surgir em qualquer fase, num processo de avanços e recuos até chegar á mudança.

No contexto da classificação dos problemas ligados ao álcool, a OMS considera três tipos de consumo: de risco, nocivo e dependência. No consumo de risco é importante intervir para prevenir danos, se o consumo persistir. É importante motivar as pessoas para modificar o seu estilo de vida no sentido de reduzir os consumos. No consumo nocivo ou abusivo já existe um padrão de ingestão que causa danos variados, tanto á saúde física e mental, quer familiar e social. Relativamente à dependência já existe um descontrolo no uso do álcool e sinais de privação na sua descontinuação. Existe uma imperiosa necessidade de beber em detrimento de outras atividades e obrigações importantes para o indivíduo. Já existem alterações significativas a nível cognitivo, comportamentais e fisiológicos (Gomes, 2004).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2004-2010), este revela que “ *as estimativas apontam para a existência de, pelo menos 580000 doentes alcoólicos (...) “ existindo uma ”comorbilidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente perturbações depressivas (...)*” (p.83-85).

A qualidade dos cuidados é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde. É pertinente intervir eficazmente ao nível da família, facilitando uma abordagem multidisciplinar para uma reabilitação na qual a família participa de forma ativa, sendo informada, encaminhada e recebendo suporte psico-terapêutico. De acordo com o decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, artigo 7º, cuidar da família faz parte das funções do enfermeiro.

Não é possível conceber o tratamento do doente alcoólico sem envolver a família. Para Fernandes (1996: 53) “...o alcoolismo é um fenómeno relacional e não algo inerente ao indivíduo ou à vida intrapsíquica. Assim só faz sentido uma abordagem do alcoolismo englobando a família.”

O objetivo é proporcionar à família da pessoa alcoólica uma melhoria do nível da sua qualidade de vida e assim, poderem encontrar um desafio de esperança, a capacidade de enfrentar a dureza de problemas difíceis e a serenidade para se tornarem elementos positivos da recuperação integral do seu familiar, respeitando a sua individualidade, a sua capacidade de escolha e o seu estatuto.

Para ajudar a família a superar um processo longo e muitas vezes doloroso e traumatizante, é necessário a entrevista de acolhimento à família como um estratégia que permita um atendimento personalizado à família, um meio de introdução ao serviço, colheita de dados e estabelecimento de uma relação personalizada de ajuda e encaminhamento. A entrevista de acolhimento será um ponto de partida para uma intervenção planeada que visa a recuperação do doente e toda a família.

A definição da síndrome de dependência foi retomada pelas classificações internacionais, nomeadamente pela classificação internacional das doenças da OMS (ICD-10) e a classificação da American Psychiatric Association (DSM-IV). O termo alcoolismo abrange um conjunto de atitudes perante o álcool e de comportamentos díspares e heterogéneos.

“Os comportamentos alcoólicos representam um grupo heterogéneo de comportamentos, cuja evolução é variável e sujeita à aleatória predisposição biológica (vulnerabilidade ao álcool), mas também aos fatores sociais, familiares e aos acontecimentos da vida positivos e negativos que a influenciam fortemente” (Adés, 1997,p.119).

Atualmente, distinguem-se duas modalidades de comportamentos alcoólicos segundo Adés (1997,p.39):

- Síndrome de dependência alcoólica;
- O consumo excessivo de álcool, ainda designado, utilização nociva para a saúde na ICD-10 ou abuso de álcool no DSM-IV.

A dependência física e psíquica caracteriza a doença alcoólica. Esta dependência só fica claramente visível quando se instala. Uma vez instalada, a dependência tem uma evolução quase sempre crônica, *“expondo o sujeito à alternância de períodos de agravamento e de remissão mais ou menos completos”*. (Adés, 1997:120).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Alcoologia (1993,p.3), *“O alcoolismo é caracterizado por uma dependência do álcool, do ponto de vista físico e psíquico. O indivíduo dependente perdeu a liberdade de se abster do consumo de bebidas alcoólicas, não conseguindo controlar o seu consumo, a necessidade de beber ocupa os seus pensamentos, modificando o seu comportamento.”*

Inicialmente a abordagem à pessoa alcoólica era individual. Há poucas décadas é que foi considerado importante o estudo da família da pessoa alcoólica, motivo pelo qual considero importante abordar a família da pessoa alcoólica. A família da pessoa alcoólica é uma família doente, pois apresenta muitas vezes perturbação ao nível da comunicação o que dificulta o seu funcionamento e a sua impossibilidade de cumprir as funções familiares.

Segundo a SPA (1993,p.3) *“a dependência atinge toda a família, divide-a e isola-a do resto do mundo. Os sentimentos, os pensamentos e os comportamentos de cada membro da família são dirigidos para o consumo de bebidas alcoólicas pelo familiar dependente”*

È na família que surgem os primeiros sintomas de doença alcoólica. O álcool não destrói só o indivíduo, mas também as relações familiares e as suas estruturas, quer do poder afetivo, económico e moral. A família tem atitudes frequentemente culpabilizadoras face ao alcoolismo pessoa sucedem-se as queixas orgânicas e psicológicas, os problemas laborais e sociais, juntam-se as discussões, a agressividade verbal e física, o desinteresse pela família, os ciúmes, as separações temporárias e eventualmente definitivas e o divórcio. (Almeida, 1995).

Penso que uma abordagem terapêutica à família contribui para a compreensão da complexidade das relações familiares, das suas potencialidades, mas também das suas dificuldades.

Pode considerar-se que o alcoolismo pode ser adquirido e reforçado pelas atitudes familiares. Adés (1997,p.99) refere que “ *o facto de, por exemplo, um dos cônjuges tentar, insistentemente e repetidamente avaliar o consumo de álcool do outro pode, paradoxalmente, levá-lo a beber mais*” Pequenas mudanças no comportamento podem ser grandes passos para o estabelecimento de equilíbrio intra-familiar.

Adés (1997) descreve 2 modalidades principais nas relações entre meio familiar e dependência alcoólica:

- 1 – Algumas perturbações da vida familiar pode desencadear ou perenizar a dependência num dos seus membros. As desavenças familiares ou conjugais, bem como, a “história familiar do álcool” proporcionam muitas vezes o aparecimento e um comportamento de dependência.
- 2 – A dependência alcoólica de um dos seus membros modifica e perturba profundamente a dinâmica familiar. Aumenta a frequência dos divórcios e das situações de desentendimento familiar e propicia todas as formas de violência. A família do alcoólico, bem como a própria pessoa sofrem de uma autêntica doença relacionada com o álcool, designada co-dependência. Afigura-se como sendo um conjunto de traços da personalidade comuns a todos os membros da família da pessoa alcoólica. É importante estudar e ensinar estas famílias do alcoólico a colaborar na sua abstinência e procurar incentivá-lo a manter-se abstinente.

Para a recuperação da pessoa alcoólica, “...*um dos pilares assenta na família desde que ela aceite envolver-se no processo*”, (Aires Gameiro, 1983, p.75). Ainda segundo o mesmo autor, este refere que, “*ensinar o conjugue a lidar com os episódios de alcoolização e a desenvolver atitudes úteis ao início e manutenção da abstinência é um passo importante no acompanhamento do paciente*” (Aires Gameiro, 1983,p.99).

Segundo Adés (1997, p.101),“*O clima familiar caracteriza-se pela insegurança, por vezes pela violência, resultando com frequência em inversão dos papéis parentais (desvalorização da imagem paterna ou desautorização da mãe)*”

O meio familiar é um elemento importante da doença alcoólica, porque os diferentes papéis de cada membro podem influenciar de maneira determinante a evolução da doença. A interação do ciclo da vida familiar como a substância química – etanol

(indutora da dependência), evolui com repercussões físicas, psicológicas, sociais e económicas, que vão modelando as famílias alcoólicas.

A enfermagem como ciência humana, pode perspetivar a vida humana como um bem a ser estimado, com respeito e mistério. Os enfermeiros podem estudar o mundo subjetivo e interior dos significados de outra pessoa/família, além do mundo exterior da observação, técnicas de cura, desenvolvendo novas ideias acerca do que significa ser humano, ser enfermeiro, estar doente, cuidar ou ser cuidado.

A enfermagem perspetiva os seres humanos como sujeitos vivenciados em interligação com o ambiente, considera a saúde um processo em mudança contínua, o enfermeiro e em que a pessoa/família são participantes. Os cuidados de enfermagem, não só limitados à doença, mas à relação que existe entre as capacidades, possibilidades e recursos da pessoa e daqueles que a cercam.

Cuidar constitui a base da profissão de enfermagem, consiste entre outras coisas, em utilizar da melhor maneira as funções de facilitador, o que vai muito além da execução de técnicas, abrangendo o campo da relação que o enfermeiro estabelece com a pessoa/família, a forma e finalidade terapêutica com que a utiliza.

Partindo duma perspetiva intra-psíquica em cuidados de enfermagem, Peplau (1990, p.50) descreve os cuidados de enfermagem *“como um processo interpessoal terapêutico, que se concretiza numa relação humana entre uma pessoa com necessidade de ajuda e um enfermeiro com preparação adequada para reconhecer a sua necessidade e lhe fornecer a resposta esperada. Desenvolvido num clima de respeito, confiança e aprendizagem, este processo terapêutico torna-se numa força de crescimento e desenvolvimento para ambas as partes”*.

A utilização de uma comunicação terapêutica permite ao enfermeiro planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem, numa relação de parceria com a pessoa/família, os quais se torna o centro de atenção. A não utilização deste tipo de comunicação, dificulta a formação da relação, não se tornando um parceiro, mas um recetor passivo de cuidados.

Assim, o enfermeiro necessita de uma grande capacidade de observação e habilidades de comunicação para permitir a expressão verbal da pessoa/família e ser capaz de

interpretar a sua comunicação não verbal, e poder avaliar as necessidades em saúde mental da pessoa/família e ou da comunidade que a pessoa está inserido, e o seu contexto social.

No decorrer da sua prática o enfermeiro para responder as necessidades da pessoa/família deve prestar atenção e avaliar a comunicação verbal e não verbal; para comunicar tem de se observar e fazer uma leitura dos movimentos do outro, implicando o respeito pela pessoa, mostrando que não está só presente nas palavras, mas também nos gestos e nas emoções.

Tal como nos diz, Chalifour (1989, p.10), “...*preciso ser sensível aos diferentes meios de comunicação e que o enfermeiro deve reconhecer, em primeiro lugar, qual o sentido que a informação tem no doente*”.

Em enfermagem, toda a ação a desenvolver deve fundamentar-se no integral respeito pelos direitos humanos, na liberdade e dignidade da pessoa humana, sem nunca discriminar em função de convicções (políticas, religiosas, ideológicas, filosóficas) ou de diferenças (étnicas, sociais, económicas). Sabendo que a defesa e a promoção da liberdade implicam a responsabilidade individual, coletiva pelos atos praticados na sequência das decisões tomadas. A profissão do enfermeiro assenta no bem-estar dos seres humanos, na preocupação com outras pessoas, tal facto implica a consciência dos seus próprios valores, crenças de modo que estes não influenciam a prestação de cuidados.

O enfermeiro deve distinguir as suas crenças, pois estão enraizadas. Por esta razão, verificamos que as crenças e os valores dos enfermeiros podem exercer influência na prestação de cuidados.

Segundo Thompson et al (2004, p.78), “*todos nós devemos desenvolver capacidade crítica relativamente aos preconceitos morais e aos valores pessoais morais que levamos connosco para o trabalho*”.

O enfermeiro tem que ter em consideração o que confere normas à conduta, os comportamentos, as convicções religiosas e os usos da pessoa, considerando isoladamente ou em conjunto.

Segundo Nunes (2005, p.392), “(...) *cada pessoa é um todo único e singular, protagonista de uma história e de uma identidade cultural e espiritual, que para muitos se define religiosamente. Considerar estes aspectos é fundamental na prática dos cuidados de saúde (...). As convicções culturais, filosóficas e religiosas deverão também sentidas em consideração, quer nos aspectos terapêuticos (por ex: colostomia nos muçulmanos ou transfusões nas Testemunhas de Jeová), quer nos hábitos alimentares, bem como algumas regras sociais referentes ao relacionamento entre pessoas e as rituais de nascimento e morte (...)*”.

O enfermeiro deve ter em atenção a sensibilidade cultural de cada pessoa/família, deve respeitar a multiculturalidade no exercício da sua profissão e por isso tem que adequar os cuidados prestados aos mesmos. A pessoa/família são detentores de recursos e potencialidades, e o enfermeiro será o facilitador na procura dos mesmos, permitindo-lhes, assim, a auto-resolução dos seus problemas e necessidades. Assim, cabe ao enfermeiro: saber quando a pessoa/família está pronto a aprender; ajudar a pessoa/família a interiorizar as implicações da doença e da cura/tratamento no seu estilo de vida; saber e compreender como a pessoa/família interpreta o estado de doença e da necessidade dos tratamentos; tornar abordáveis e compreensíveis os aspetos culturalmente tabus da doença.

Os cuidados dependem muito da interação enfermeiro/pessoa para o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados sejam satisfatórios. O enfermeiro deve ir ao encontro das dúvidas, ansiedades e expectativas avaliadas na pessoa/família, evitando divagar em assuntos acessórios. O enfermeiro ao comunicar com a pessoa e/ou familiares, dá-lhes a informação necessária para que eles decidam a melhor maneira de resolver os seus problemas de saúde. Não deverá ser somente um profissional de saúde cheio de sabedoria, que imponha as suas opiniões e conhecimentos, mas sim que promova a educação para a saúde; que informe; esclareça os pessoas e/ou familiares de forma a dar-lhes autonomia na resolução de situações, respondendo a necessidades identificadas, dando-lhes poder de decisão (Empowerment).

É preocupação do enfermeiro “...*habilitar as comunidades e os indivíduos para controlarem a sua saúde e o ambiente através da educação e capacitação...*” (3ª. Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, Sundsvall, Suécia, Junho de 1991).

O Plano de Ação 2007-2016 vem de encontro a esta ideologia, dado que fomenta a participação nos cuidados de pessoas e familiares. Uma vez que ao existir uma perturbação da saúde mental há um desgaste emocional, sentimentos de impotência e desespero, angustia e insegurança em relação ao futuro do seu familiar com doença mental, quer no aspeto mais objetivo das tarefas que se impõem no dia-a-dia, desde o apoio para os cuidados pessoais, a toma da medicação, a procura dos serviços necessários para o tratamento e a reabilitação, até aos encargos financeiros. Sendo do próprio interesse familiar participar nos cuidados, a fim de, perceberem melhor o seu familiar e lidar de forma construtiva com ele e com a doença.

Segundo o Plano de Ação 2007-2016, existem estudos que revelam que o envolvimento adequado das famílias é de extrema importância para a evolução mais favorável e facilitada do processo terapêutico e reabilitativo do seu familiar.

A OMS (2002) defende que a forma a promover uma integração sustentada da pessoa portadora de perturbação mental na comunidade é necessária a reabilitação psicossocial, pois esta permite aos indivíduos recuperar ou adquirir as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade, de forma a “ensinar-lhes” a maneira de fazer face às suas incapacidades. Neste processo o enfermeiro é fundamental, pois para além de procurar a satisfação das necessidades humanas fundamentais, procura também promover a saúde, os processos de readaptação e a máxima independência na realização das atividades de vida diária (AVD), bem como a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores (OE, 2001).

A definição de reabilitação psicossocial da Organização Mundial de Saúde (2001) inclui todas estas vertentes: *“A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados e/ou incapacitados, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível óptimo de funcionamento na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais... Os principais objectivos são a emancipação do doente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria das competências sociais e a criação de um sistema de apoio social de longa duração”*.

A reabilitação psicossocial é uma perspetiva relativamente recente, e que se baseia na convicção de que é possível ajudar a pessoa a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença, através da aprendizagem de competências e de novas capacidades. Também

é necessário sensibilizar a comunidade para a aceitar e diminuir as barreiras que a sociedade coloca à sua integração, na escola, no emprego, nos grupos sociais e de lazer e na família.

Segundo Isabel Fazenda (2006), a reabilitação psicossocial intervém em diversas áreas:

- Treino de competências pessoais e sociais;
- Formação profissional; empresas de inserção; emprego protegido;
- Residências comunitárias;
- Atividades ocupacionais, culturais e de lazer;
- Grupos de auto-ajuda com pessoas e família;
- Luta contra o estigma;
- Participação das pessoas e familiares no planeamento e avaliação dos serviços.

Além da prestação de cuidados, também é necessária uma filosofia de participação, de forma a permitir a promoção da cidadania, sendo importante para este processo:

- A participação das pessoas e familiares na deteção das necessidades, no planeamento de medidas e na avaliação dos serviços. Para que isto aconteça é preciso que pessoas e famílias tenham oportunidade e apoio para se organizarem, e que os órgãos de poder estejam abertos à sua participação.
- O reconhecimento dos direitos das pessoas com perturbações mentais para se fazer ouvir, manifestando os seus desejos e opções, e assumindo o controlo das suas vidas.
- A promoção dos grupos de auto-ajuda e do associativismo como forma de atribuição do poder e de representação dos seus interesses.
- A luta contra o estigma e a discriminação, pelo desafio aos preconceitos pela demonstração em situações reais e participação nos contextos naturais, que as pessoas com doenças mentais têm capacidades e direitos.

Na área da saúde mental é de particular interesse que as famílias se disponham a uma atitude pró-activa, esta atitude corresponde também aos interesses das instâncias oficiais responsáveis pelos serviços. As famílias foram de acordo com as orientações internacionais promovidas à condição de “parceiros” do sistema.

A evidência de múltiplos estudos revela que o envolvimento adequado das famílias é, de facto, de extrema importância para a evolução mais favorável e facilitada do

processo terapêutico e reabilitativo do seu familiar. Os estudos demonstraram também que melhorias na gestão de caso, no cuidado e nos resultados gerais ocorrem quando as famílias recebem informação, educação, treino e outros apoios. A família (as relações afetivas, a proteção, a ajuda, a solidariedade na adversidade), devidamente informada e esclarecida, queira, desde que possa, ter uma atuação apropriada. Indo esta de encontro aos melhores interesses da pessoa, nas suas necessidades de tratamento, reabilitação e reinserção social, que passam a ser também prioridades da família.

As intervenções psicoeducativas para famílias têm como objetivo reduzir os níveis de *stress* do ambiente familiar, proporcionando informação acerca da doença e formas de tratamento, melhorando os padrões de comunicação na família, e melhorando as estratégias de *coping* e as competências da família para a resolução de problemas. Neste sentido, as intervenções psicoeducativas para famílias, têm demonstrado o seu valor na redução das recaídas e do número de internamentos, sugerindo ainda que estas intervenções também contribuem para melhorar o funcionamento psicossocial da pessoa e o bem-estar da família (Dixon e Lehman, 1995).

Entre as várias estratégias psicoeducativas que se podem utilizar para construir um plano individual de reabilitação da pessoa, com incidência específica na psicoeducação, tomamos como ponto de referência a utilização das novas tecnologias da comunicação aplicadas no âmbito das doenças mentais e cujos resultados mostram alguma evidência para a sua aplicação, devido ao nível de interatividade, motivação e facilidade de generalização da aprendizagem para os contextos vivenciais de cada pessoa.

A psicoeducação apresenta-se como um instrumento de trabalho cujas mais-valias observadas em recentes aplicações patológicas indicam, ao que parece, que esta metodologia de reabilitação comporta uma taxa de sucesso elevada. Dos estudos realizados, encontramos eficácia nos programas de psicoeducação que incidem na intervenção de competências específicas, tais como, treino de competências sociais e prevenção de recaídas e readmissões (Lincoln, e al, 2007).

Segundo Pratt (2005), outro estudo revelou ainda que a intervenção em grupo permite, devido à partilha de experiências, a desmitificação da doença e a diminuição do estigma associado e incita os indivíduos e familiares a procurar ajuda junto dos técnicos sempre que necessário, promovendo consequentemente a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Lukens e McFarlane (2004) referem estudos que indicam que as intervenções psicoeducativas estão associadas com resultados positivos, incluindo diminuição nos sintomas associados à patologia, especialmente, a ansiedade e a depressão; menor tempo entre os episódios agudos de doença; melhoria da qualidade de vida e auto-estima, do conhecimento acerca dos recursos comunitários; melhoria do clima familiar / matrimonial; e aumento na adesão e satisfação geral com a medicação e tratamento.

O apoio às famílias insere-se num conjunto de intervenções terapêuticas desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar, frequentemente com articulação inter-institucional, e considerando imprescindível o tratamento farmacológico habitualmente prescrito às pessoas. As famílias são consideradas e tratadas como aliadas no processo terapêutico, em estreita colaboração com os profissionais de saúde.

Assim, à Enfermagem cabe o papel de educar para a saúde a pessoa, família e grupo, incluindo comunidades. Deste modo, como enfermeiro, deve possuir um vasto leque de conhecimentos e competências que me permitam intervir junto de grupos. Entre os quais: sensibilidade para perceber os interesses, motivação, conhecimentos, falsos conceitos, tipo de linguagem do grupo alvo; criatividade para motivar a pessoa/família a participarem na sessão de educação; saber adequar o tom de voz, comunicação verbal e não verbal a fim de cativar; gestão de tempo, capacidade de improvisação e gestão de intervenções.

No decurso dos estágios e após estes, de forma a desenvolver estas competências realizou as seguintes atividades:

- Revisão bibliográfica sobre saúde comunitária e familiar;
- Revisão bibliográfica sobre família, comunidade e genograma;
- Realização de entrevistas de enfermagem à pessoa/ família; realizando o genograma da pessoa/família;
- Interação com pessoas/família utilizando técnicas relacionais/terapêuticas, baseadas nos princípios da Relação de Ajuda;
- Envolvimento da família no processo terapêutico;
- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a pessoa e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

- Realizou sessões de “*Técnica de relaxamento de Jacobson*” às pessoas, realizando também psicoeducação aos mesmos sobre os benefícios da técnica, já anteriormente mencionado;
- Aplicou o “termómetro emocional” às pessoas do serviço de cirurgia;
- Aplicação e desenvolvimento de competências (atitudes e habilidades) relacionais;
- Treino de habilidades sociais (e.g., assertividade, gestão positiva de sentimentos, pontualidade, assiduidade, reação à crítica/elogios, aceitação em relação ao cumprimento de ordens, capacidade de manter uma conversação
- Estimulação da participação das pessoas;
- Treino de atividades de vida diária, gestão de bens pessoais e valores;
- Dinamização de atividades ocupacionais/aptidão social;
- Envolvimento dos familiares e/ou pessoas significativas no processo reabilitativo;
- Intervenções psicoeducativas dirigidas à e família (adesão/gestão autónoma à terapêutica, sinais e sintomas da doença); realizou sessões de relaxamento de jacobson às pessoas, já anteriormente mencionado;
- Articulação com a comunidade;
- Observação e participação na consulta de enfermagem de psiquiatria, onde teve oportunidade de estagiar e observar toda a dinâmica do serviço. Observou e participou numa sessão psicoeducação sobre depressão para as pessoas e familiares, assim como uma sessão de relaxamento de Jacobson e uma entrevista de enfermagem de ajuda realizadas pela Enfermeira Lurdes. Constatou uma adesão das pessoas a estas sessões e da relação terapêutica que estabeleciam com a enfermeira especialista. Produziu um documento onde está relatado a sua experiência na consulta;
- Participou na formação “ prevenir o suicídio na terceira idade”, realizado pelo enfermeiro especialista Marto.

Considerou de extrema importância as reuniões de serviço onde são analisados os projetos terapêuticos das pessoas, a sua evolução, articulando-se todos os apoios necessários para a sua recuperação. Realizando a avaliação das intervenções psicoeducativas realizadas, assim como o treino das competências sociais que a pessoa vai desenvolvendo e o envolvimento das famílias no projeto terapêutico.

A equipa multidisciplinar num processo dinâmico desenvolve um trabalho conjunto com objetivo de prestar cuidados de excelência, constatou que o enfermeiro especialista tem um papel primordial na decisão deste projeto terapêutico, demonstrando assim as suas competências.

3. - Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva; age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigoroso; Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular

O crescente aumento do interesse científico acerca das questões emocionais que acompanham a pessoa oncológica durante o seu longo percurso entre suspeita, diagnóstico, tratamento, remissão, recaída, progressão de doença e proximidade da morte vem abrindo espaço importante para profissionais da área da saúde mental realizarem trabalhos que auxiliem a equipe multiprofissional a cuidar da pessoa como um ser holístico e integrado (Holland, 2003).

A doença oncológica é uma doença cujo significado é ameaçador para a maioria das pessoas, pois está associado ao risco de morte e possibilidade de interrupção da trajetória existencial, que exige do indivíduo acometido força e criatividade para suportar mudanças, muitas vezes drásticas, em seu estilo de vida (Werebe, 2000).

Segundo Coenson e Dimsdale (1994), a alta prevalência de transtornos psiquiátricos em oncologia pode ser compreendida em razão da intensidade com que as pessoas convivem com a angústia, a dor, o desfiguramento, a dependência, o isolamento, o luto, a separação, as perdas e a morte, além de terem de suportar os efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, as frequentes internamentos hospitalares, os altos gastos financeiros e as mudanças que atingem também suas famílias.

Os esforços neste sentido vêm apontando para a necessidade de utilização de instrumentos que facilitem a detecção precoce e, conseqüentemente, o manejo adequado das dificuldades emocionais enfrentadas pelas pessoas que, por diversos motivos, não eram valorizadas.

Atualmente inúmeras pesquisas indicam que todas as fases percorridas pela pessoa, desde a suspeita do diagnóstico oncológico até a morte em decorrência da mesma, suscitam emoções diversas e que acometem às pessoas com intensidades variadas. Por este motivo, algumas pessoas são capazes de lidar sozinhas com estes sentimentos e outros precisam de ajuda especializada de profissionais da saúde mental para lidar com eles (Botega et al, 1995).

Em estudos realizados, pessoas relatam não sentirem-se confortáveis para contar aos médicos sobre seus sentimentos, postura que dificulta o diagnóstico adequado de necessidade de ajuda especializada. A utilização de um instrumento curto e de fácil entendimento pode ser um grande aliado da equipe, podendo ser utilizado como facilitador da comunicação entre a equipe médica e o paciente. Além disso, o uso de uma escala desta natureza permite o acesso rápido aos sintomas observados e referidos pelo próprio, agilizando o processo de diagnóstico e encaminhamento apropriados, dissipando mais uma dificuldade relatada pelas pessoas: o curto tempo de consulta que inviabiliza a descrição de todos os sintomas experienciados por eles (Graves et al, 2007).

Por tratar-se de um instrumento de fácil e rápida aplicação, composto por uma escala visual e uma lista adicional de problemas vivenciado auto aplicativo, o Termômetro diminui as dificuldades relatadas.

A angústia (*distress*) é um sintoma bastante comum no contexto oncológico, independentemente do estágio da doença, mas geralmente está associada a um número significativo de necessidades não satisfeitas percebidas como redução na qualidade de vida, número elevado de sintomas físicos, ausência de rede de suporte familiar e social, insatisfação com o cuidado clínico oferecido, prognóstico reservado ou baixa expectativa de sobrevida, dentre outros (Mitchell, 2010).

No Manual de Orientação para o Gerenciamento da Angústia relacionada ao câncer da National Comprehensive Cancer Network (NCCN 2008), a angústia é definida como

uma vivência psicológica desprazerosa, de caráter emocional, espiritual ou social, passível de dificultar a adaptação do paciente à doença, seu tratamento e seus sintomas. Essa experiência emocional pode variar quantitativamente entre sentimentos de tristeza, medo e vulnerabilidade “normais”, isto é, uma reação emocional adequada à situação, até níveis incapacitantes de depressão e ansiedade, que podem evoluir para sintomas de isolamento social e crises existenciais (NCCN, 2008).

Em termos de critérios diagnósticos, a angústia referida pelas pessoas oncológicas pode ser indicativa tanto de Transtornos de Ajustamento quanto de Transtornos Depressivos ou Ansiosos, não estabelecendo relação entre a prevalência de morbidade psiquiátrica e o estágio avançado da doença. Entretanto, estudos têm apontado que as pessoas com doença oncológica avançada necessitam de cuidados mais abrangentes, no que diz respeito ao alívio de sintomas físicos e emocionais, aos processos de tomada de decisão e às questões práticas e financeiras que enfrentam (Morita et al, 2008).

O Termómetro de *Distress* é um instrumento criado pela National Comprehensive Cancer Network, em 2003, com o intuito de avaliar o grau de angústia/sofrimento (*distress*) que a pessoa experiencia. É um instrumento de auto-inscrição que avalia o nível de *distress*, relativamente à última semana, numa escala de 0 a 10 valores. Sendo que, “0” corresponde a um valor de *distress* mínimo e “10” a um valor de *distress* máximo. Níveis acima do valor 5 indicam um nível de *distress* significativo (Decat, 2008).

A palavra *distress*, proveniente da língua inglesa, não encontra tradução exata na língua portuguesa. Encontramos nos dicionários Inglês- Português diversas traduções para o termo: “aflição, angústia, mágoa, pesar, embaraço” (Dicionário Michaelis, 2000).

Atualmente, pesquisas indicam que dentre os vários instrumentos capazes de detetar a angústia na população oncológica o Termómetro de Angústia (*Distress Thermometer*) destaca-se como o mais indicado pela sua fácil aplicação, correção e interpretação (Mitchell, 2010)

No percurso desta aprendizagem e no desenvolvimento das suas competências de enfermeira especialista, foi convidada assim como outra colega, pela Enfermeira Chefe para serem os elos de ligação deste serviço com o serviço de psiquiatria e na implementação do projeto “Aplicação da Escala de Distress Emocional.”

Este projeto surgiu devido a existir alterações psicopatológicas e a episódios de suicídio consumado, identificadas nas pessoas oncológicas num estudo realizado pelo serviço de psiquiatria do Instituto Português De Oncologia de Centro Sul, EPE. A psiquiatra fez a exposição á equipa médica e de enfermagem, os quais ficaram sensibilizados para esta problemática, o Srº Director de Serviço e a Srª Enfermeira Chefe decidiram então aplicar este projeto de forma a despistar estas situações e poder intervir nas mesmas, e assim melhorar a qualidade do *screening* do risco psicopatológico.

A Srª Enfermeira Chefe solicitou a nossa colaboração, para decidir qual o grupo alvo a quem deveríamos aplicar este instrumento, e foi definido aplicar este projeto nas pessoas com patologia do digestivo baixo, pois são os que tem um internamento mais longo e apresentam muitas vezes alteração da auto imagem, e onde pode ser exequível a aplicabilidade deste projeto. É de salientar que todo este processo nos deu de forma evidente, o reconhecimento das nossas competências como enfermeiro especialista pela equipa multidisciplinar.

A avaliação do Distress Emocional na pessoa oncológica internada é realizado através da aplicação do Termómetro do Distress Emocional (A. Mitchell), a equipa de enfermagem irá aplicar este instrumento no serviço de cirurgia geral, aquando a admissão da pessoa. Será aplicado às pessoas internados com patologia do digestivo baixo, quando se avalia e os valores são acima do cut-off de risco, deve-se encaminhar para a equipa psicossocial (unidade de psicologia e psiquiatria); de 5 a 7 valores referenciar à consulta de Psicologia e de 8 a 10 valores referenciar à Psiquiatria.

O período de aplicabilidade será no mês de Abril e Maio de 2012, depois realizaremos uma reunião de follow-up com o objetivo de discutir os resultados obtidos, as dificuldades sentidas e delinear novos objetivos.

Com o objetivo de desenvolver os seus conhecimentos teóricos acerca desta temática, participou na formação “Termómetro Emocional”, lecionada pela Drª Zaida.

Sendo os elos de ligação deste projeto, sentiram necessidade de realizar formação aos restantes elementos da equipa, para tal foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica profunda e intensa de forma a dar resposta as dúvidas colocadas pelos outros elementos da equipa.

Para que este instrumento fosse aplicado adequadamente, foi necessário a realização de duas formações para todos os enfermeiros do serviço sobre *“Aplicação da escala de Avaliação do Distress - Termómetro Emocional”*. A formação é um instrumento importante para a aprendizagem dos profissionais de saúde, pois podem desenvolver os seus conhecimentos teóricos e consequentemente a sua prática.

Para Carvalhal (2003, p.3), *“...a formação em enfermagem deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica, dando aos estudantes capacidades de resolver problemas de vida atual e os seus desafios”*.

Definiram para esta formação o seguinte objetivo geral:

- Proporcionar aos enfermeiros formação sobre o termómetro emocional e a sua aplicabilidade.

E como objetivos específicos:

- Realização de sessões sobre o termómetro e esclarecimentos de dúvida
- Momento de reflexão e de partilha.

As duas sessões foram realizadas na sala de reuniões do serviço, compareceram vários enfermeiros e alguns estudantes de medicina, a formação foi um momento de transmissão de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas, assim como foi um momento de partilha e reflexão sobre determinados situações e aspetos que se estavam a ocorrer com as pessoas e que os enfermeiros necessitavam de refletir. No final da formação foi proposto a realização de uma reunião mensal para um momento de partilha e outra para a realização de uma sessão de relaxamento, os quais se mostraram recetivos e verbalizando que seria uma mais valia para toda a equipa.

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (Phaneuf 2005,p. 23).

Este projeto começou a ser aplicado no fim do mês de abril, algumas pessoas foram referenciados pelos enfermeiros que aplicaram o termómetro emocional e já estão a ser acompanhados pela psiquiatria. Neste momento, continuamos a aplicar o termómetro, as pessoas continuam a ser encaminhadas, mas estamos com alguma dificuldade na

avaliação dos resultados pois a Dr^a responsável por este projeto, já não se encontra a exercer funções na instituição, e verifica-se um número reduzido de psiquiatras.

Em simultâneo, elaboramos uma folha de registos de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, e dos encaminhamentos realizados pelos enfermeiros especialistas para a psiquiatria desde dezembro de 2012 até a presente data. Realizou-se uma análise dos registos existentes nas folhas de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, realizados pela equipa de enfermagem.

Durante este período foram realizadas pelos enfermeiros especialistas na área de saúde mental e psiquiatria, várias entrevistas de ajuda às pessoas, das quais algumas necessitaram de encaminhamento para a psiquiatria. Constatou-se que das 11 entrevistas realizadas, 9 são pessoas do sexo feminino e 2 do sexo masculino, sendo a média de idade, respetivamente 62,77anos e 49, 5 anos. Destes 6 foram observadas pela psiquiatria e 5 aguardam observação pela mesma, verificando-se alguma dificuldade no feed back do serviço de psiquiatria, pois existe um número reduzido de psiquiatras e os pedidos de observação pelas mesmas tem aumentado consideravelmente.

Os diagnósticos médicos mais frequentes são depressão, ansiedade, insónias, labilidade e exaustão devido ao prolongamento do internamento. Das pessoas avaliados pela psiquiatria, alguns iniciaram medicação específica e outros obtiveram um reajusto da medicação e a partir desta altura, começaram a ter acompanhamento pela psiquiatria, os critérios utilizados foram estabelecidos pela aplicação do termómetro emocional e de acordo com o resultado, o encaminhamento das pessoas.

Os enfermeiros especialistas realizaram várias entrevistas de ajuda, com psicoeducação às várias pessoas, e também realizaram a reavaliação dos cuidados prestados. É de salientar que esta informação é registada no processo da pessoa, e não nas folhas de registos para o encaminhamento, pelo que a mesma não traduz a realidade do trabalho efetuado pelos enfermeiros especialistas com as pessoas neste serviço. Verificou-se um envolvimento de toda a equipa, e sempre que necessário, solicitavam o apoio dos enfermeiros especialistas, existindo assim uma articulação dos cuidados.

A enfermagem de ligação refere-se a uma relação cooperativa contínua entre equipa psiquiátrica e outras equipas; é a promoção da qualidade dos cuidados prestados à pessoa. A importância desta é o desenvolvimento da interação dos profissionais

envolvidos no tratamento da pessoa com distúrbio mental tendo uma visão interdisciplinar, proporcionando a este indivíduo e à sua família um cuidado integral e também o apoio necessária e a equipa para o aperfeiçoamento das suas atividades.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, pode responder a pedidos de consultas feitos por seus colegas de outras áreas, com atendimento direto à pessoa, sua família ou mesmo oferecendo suporte para a equipe. O enfermeiro aborda a pessoa e sua adaptação, pode desempenhar, inclusive, a função de supervisor de equipas multidisciplinares (ou interdisciplinares) de saúde que procurem ou necessitem de tal abordagem.

O potencial educativo é enfatizado, salientando que ensinar é uma dimensão significativa da interconsulta de enfermagem em saúde mental, colaborando na orientação de membros novos da equipa de enfermagem, assim como nos programas de educação continuada, os quais devem focalizar-se principalmente no impacto emocional causado pela doença, tanto na pessoa quanto na família (Tringali Rn, 1982).

Segundo Roberts (1997), é necessário a especialização dos enfermeiros psiquiátricos para trabalhar em interconsulta como forma de capacitação dos profissionais e de reconhecimento da própria especialidade. O interconsultor necessita ter informações técnicas acerca do serviço no qual vai desempenhar seu papel, além de conhecimentos mais profundos em sua área específica de enfermagem psiquiátrica.

O movimento dos enfermeiros de saúde mental ocupando cargos em hospitais gerais na prática de interconsulta iniciou-se na década de 60. A definição do papel interconsultor de enfermagem é dado pela *Nursing Consultants Association (NCA)* como sendo: "*um enfermeiro que utiliza seus conhecimentos de enfermagem e sua experiência para promover cuidados de saúde através de meios distintos ao cuidado direto do paciente*" (Cuadra AR, 1991).

Tringali Rn, (1982), refere que este atendimento indireto (interconsulta), não era suficiente para manejar a complexidade dos problemas apresentados por muitas pessoas originários das clínicas médicas e cirúrgica. Impetrou, então, o envolvimento direto (ligação) dos enfermeiros interconsultores de saúde mental, pois, foi visto que sua participação mais próxima da equipe seria essencial na avaliação, planeamento de

cuidados de enfermagem e na orientação dos profissionais a respeito do gestão das alterações psíquicas da pessoa.

A necessidade de enfermeiros interconsultores vem aumentando pelo incremento da especialização da enfermagem, tendo implicações diretas sobre a especificidade de cuidados nas distintas áreas de assistência, na crescente profissionalização da enfermagem, e com a necessidade dos enfermeiros resolverem os problemas referentes ao seu papel dentro de seu marco profissional. As vantagens da especialização em enfermagem psiquiátrica de interconsulta incluem o aperfeiçoamento da relação entre colegas de diferentes especialidades (consultor/consultante), intensifica a satisfação pessoal e profissional, e especializa e melhora a eficiência do cuidado à pessoa (Moschler LB et al, 1992).

Segundo Mota (2000), o enfermeiro de ligação da área da saúde mental e psiquiatria é incontestavelmente uma mais-valia para a equipa multidisciplinar, quer em termos diretos destes profissionais na sua prática dos cuidados, quer na colaboração que é prestada à equipa na prestação dos cuidados, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem.

Constatou que noutro serviço, mais concretamente, os enfermeiros e a chefe do serviço de hematologia tiveram conhecimento da formação que realizamos sobre o termómetro emocional e comunicaram à nossa chefe que estão interessados nesta formação, nós disponibilizamo-nos para a realizar assim que for autorizada, constatando novamente a importância deste projeto e o reconhecimento pelos pares, das nossas competências.

Em simultâneo, verificou que vários elementos da equipa, quando possuem alguma dúvida ou necessitam de aconselhamento na área da saúde mental e psiquiatria, procuram-me e referenciam-me algumas pessoas que necessitam de cuidados especializados, de forma a que sejam encaminhados e desta forma dar uma resposta as necessidades do pessoa. Realizando formações informais dos temas que acha pertinente, demonstrando as suas competências na área da saúde mental e psiquiatria.

Segundo Adam (1994), todos os profissionais de saúde têm um objetivo comum: manter e melhorar a saúde e o bem-estar. No entanto, esse objetivo abrange finalidades próprias que é relevante clarificar. Compete pois, a cada um justificar a sua presença na equipa,

dando a conhecer, não só por palavras mas também por atos, a natureza do seu contributo pessoal e profissional para a melhoria da saúde.

O conceito atual de formação através da prática reflexiva, ilustra a nova realidade de Enfermagem e do Enfermeiro, face ao seu posicionamento na profissão. Nesta nova perspetiva é a prática, a fonte de conhecimentos e a base de reflexão dos profissionais. É através da prática que o Enfermeiro compreende o que faz, como faz e para quem faz. A partir das situações de trabalho identificam-se áreas de formação onde os Enfermeiros desenvolvem as suas competências e mobilizam os seus saberes técnicos e também os saberes resultantes da experiência.

De forma, a contribuir para a divulgação do trabalho desenvolvido elaborou um artigo, que pode ser observado no apêndice I. É de extrema importância o trabalho científico, sejam nas áreas tecnológicas, sociais aplicadas, biológicas, da saúde, da linguística, etc. O importante é que o mundo valorize esse tipo de trabalho e perceba como o trabalho científico contribui para a formação do indivíduo e da sociedade em geral.

O trabalho científico contribuiu significativamente para o desenvolvimento da sociedade a partir da perceção crítica e das buscas por paradigmas sociais que guiam as organizações e grupos informais. Hoje, a pesquisa tem papel fundamental em novos conhecimentos. A capacidade do indivíduo descobrir como manipular os distúrbios causados pela saúde, pelos fatores ambientais, pela formação psicológica do indivíduo e principalmente fatores sociais, económicos e tecnológicos que podem dificultar o convívio em paz na humanidade, está ligada à ética que lhe foi dada durante sua formação social e profissional.

Todos os investigadores são responsáveis por divulgar os resultados da investigação, partilhar os resultados com os colegas é um acontecimento importante, “...o mais difícil na escrita é começar...” Streubert,H. (2004).

Ao realizar este projeto, que envolve todo a equipa multidisciplinar, pessoas/família, existindo um desenvolvimento muito profundo dos seus conhecimentos, do seu envolvimento em todo este projeto, para além de desenvolver e demonstrar as suas competências de enfermeiro especialista na área de saúde Mental e psiquiatria; consegue também demonstrar as competências de mestre.

5 – REFLEXÃO FINAL

Após elaborar este trabalho espera ter conseguido descrever e demonstrar as competências desenvolvidas, adquiridas e outras ainda em desenvolvimento. Estes projetos proporcionaram momentos de aprendizagem enriquecedores, conseguindo assim, aprofundar, adquirir e desenvolver competências na área de saúde mental e psiquiatria, para melhor poder exercer cuidados de enfermagem de qualidade.

Também Hesbeen sobre a importância do investimento, *“O processo que conduzirá a uma maior qualidade decorre num caminho sem fim em que uma das características é o espírito do cuidar e o clima humano que animam e reinam numa estrutura ou serviço. É clara, portanto a importância do investimento de todos. (...) O dos prestadores de cuidados, principais autores e atores de qualidade pelo seu vivo desejo de prestar uma atenção particular às pessoas que cuidam e, assim, contribuir para a promoção da saúde da população”* (Hesbeen, 2001, p. 177).

Pretende continuar a transmitir os conhecimentos adquiridos nas formações que teve oportunidade de participar ao longo deste percurso, os quais serão utilizados e transmitidos na sua praxis.

Segundo Theodoro Adorno, a Práxis é a prática social incorporada de teoria, considerando que o trabalho é o aspeto mais abrangente e que dá maior significado à prática social. Como tal é na compreensão do significado do trabalho para o ser humano que deve começar o estudo da prática social. Theodoro Adorno trabalha a ideia de nexo entre Teoria e Prática, tentando compreender a práxis como a prática incorporada de teoria, uma vez que considera que não há prática que não tenha um mínimo de teoria, tanto as práticas sociais como as críticas. Seguindo o pensamento de Theodoro Adorno, será numa praxis crítica que desenvolveu e desenvolverá o seu trabalho.

No serviço onde exerce as suas funções, realizou e realiza diariamente formações formais e informais aos enfermeiros, constatando que começou a ser referenciada pela equipa multidisciplinar, esclarecendo algumas questões que são colocadas pelos outros enfermeiros, podendo assim demonstrar as suas competências adquiridas e desenvolvidas nesta área.

Concordando com Carvalho (2003,p.3), “... a formação em enfermagem deve constituir um instrumento de mudança para o futuro, proporcionando capacidade de inovação e criatividade, numa dupla dimensão, humanista e técnica, dando aos estudantes capacidades de resolver problemas de vida atual e os seus desafios”.

Gostaria de salientar que houve aspetos positivos que resultaram da pesquisa bibliográfica, da reflexão e da partilha com colegas do serviço em que estagiou, assim como no serviço onde exerce funções, e que permitiram o crescimento pessoal, profissional e o desenvolvimento das competências. Percorreu um caminho na área da pesquisa, despertando e desenvolvendo a sua mente nas diversas áreas, permitindo uma grande descoberta pessoal, convertendo-se numa mais valia na sua praxis.

Os momentos de discussão com o orientador do serviço e de estágio, assim como o apoio que disponibilizaram foram de extrema importância, pois possibilitaram a resolução de algumas questões, assim como foram enriquecedores para o seu conhecimento. Podendo sentir e reconhecer o *Kow How* destes orientadores, nas suas conversas formais e informais, e que foram importantes na sua aprendizagem.

Também sentiu algumas dificuldades ao longo da realização do projeto de intervenção em serviço e do projeto de aprendizagem clínica que foi o tempo que possuía para o realizar, assim como o tempo para avaliação. Tendo sido necessário reajustar, de forma a dar resposta as alterações e as necessidades que foram surgindo ao longo da sua realização. O período de estágio semanal por vezes dificultava a continuidade e avaliação dos cuidados, pois quando era necessário realizar alguma atividade programada ou avaliar as mesmas, por vezes as pessoas já tinham tido alta clínica.

Outra dificuldade que sentiu, foi relacionada com o nível de aprendizagem de cada competência, que não foi o mesmo em todas elas, sendo algumas mais desenvolvidas do que outras; por isso foi necessário estabelecer algumas prioridades de acordo com o projeto e necessidades sentidas ao longo do mesmo; e também por vezes em descrever as atividades nas competências de Mestre, pois estas estão todas interligadas e complementam-se.

Ao longo deste percurso sentiu que houve um desenvolvimento como pessoa, conseguindo conhecer melhor as suas capacidades e habilidades, assim como as suas limitações, este conhecimento também foi feito através de reflexões que realizava.

Existiu um investimento pessoal na área da pesquisa e reflexão, exigindo um desenvolvimento interno do seu pensamento e consequentemente na aplicação das suas competências.

Gradualmente, desenvolveu a sua comunicação interna e consequentemente a sua comunicação com os outros, verificando na forma como lidava com as situações que lhe surgiram diariamente, tanto a nível pessoal, assim como a nível profissional. Ao conhecer-se melhor e aceitando como pessoa na sua plenitude, consegue conhecer, compreender e aceitar o outro com as suas vivências.

Sendo uma mais valia na apropriação de habilidades, fornecendo suporte para o desenvolvimento da tomada de decisão e possibilitando assim a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria.

Concordando com NUNES (2002, p.8) refere que a profissão de enfermagem *“tem uma tripla orientação no que diz respeito ao que realiza em nome do ser humano (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral). Então ao cuidar de uma pessoa, teremos necessidade de instrumentos e habilidades de géneros diferentes, como são os de ordem técnica científica e os de ordem moral (...).”*

Segundo Peplau (1990, p.37), *“a enfermagem é um processo terapêutico visando satisfazer as necessidades do paciente, interpessoal por ser uma interação entre dois ou mais indivíduos e educativo por promover o desenvolvimento das capacidades do paciente para enfrentar os problemas e conseguir o equilíbrio.”*

Esta autora, defende o papel único dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria pois são aqueles que são capazes de conseguir integrar de forma apropriada a abordagem das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico, fornecendo educação para a saúde, coordenando os cuidados, supervisionando outras ajudas domiciliárias de saúde e integrando a família e outros elementos significativos nos sistemas de apoio à pessoa.

Este percurso foi importante, foi enriquecedor tanto a nível pessoal e profissional, proporcionando a aquisição e o desenvolvimento de competências ao nível da intervenção especializada à pessoa, contribuindo de forma integrada para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que implicou ganhos em saúde para a pessoa e família.

6– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam, Evelyn – Ser enfermeira. Lisboa, Instituto Piaget. ISBN 972-9295-86-7. 1994

Adès, Jean, Lejoyeux Michel. - Comportamentos alcoólicos e seu tratamento. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 972-97250-5-5. 1997

Alarcão, Isabel – Formação Reflexiva. In: Revista Referência, nº 6, Coimbra, Maio, 2001, p.53-59.

American psychiatric association. DSM–IV–TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed., pp. 297-331.). (José Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000). 2002.

Akizuki, at al.- Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patient with cancer. American Cancer Society, 97(10), 2605-2613. 2003

Beck, Aaron T et al – Terapia Cognitiva da Depressão. Artmed: S. Paulo. ISBN: 85-7307-248-2.1997.

Bernardo, O.P., Frei – Pessoa, Saúde e Ética. Porto: Amigos do Frei Bernardo O.P., 1985. P.119.

Benjamin, Alfred – A entrevista de ajuda – 6ª Edição, São Paulo: Martins Fontes, 1993.

Botega, N. J., Bio, M. R. Zomignani, M. A., Garcia Jr, C. & Pereira, W. A. B.- Transtorno do humor de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5), 355-363. 1995.

Butt, Maria; SILVA, Maria – Enfermagem de Saúde Mental e cuidados Primários de saúde: possibilidades e desafios. Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental, vol. 4, n.º 7. 2008

Breibart W. - Psychotropic adjuvant analgesics for pain in cancer and AIDS. Psycho-Oncology. 1998.p7,129-132

Bruno Trancas, Graça Cardoso et al - Depressão no doente oncológico, Considerações Diagnósticas e Terapêuticas. Artigo de revisão, Acta Med Port 2010; 23: 1101-1112

Callaghan, G. M., Naugle, A. E. & Follette, W. C.- Useful construction of client-therapist relationship. *Psychotherapy* 33, 381-390. 1996

Chalifour, J - “A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção”. Loures: Lusodidacta, 2009.

Chalifour, J- A intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Lusodidacta. 1999.

Coelho, M. Teresa Vieira – Humanização dos Cuidados ao Doente Hospitalizado. *Servir*. Lisboa. 48:4. Fevereiro/Março 1986. P. 12-18.

Collière, Marie – Françoise – Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem, 3ª Edição. Lisboa – Porto – Coimbra: Lidel. ISBN 972-757-109-3. 1999

Coenson, C. & Dimsdale, J. E.- Psychiatric liaison on a bone marrow transplantation unit. *General Hospital Psychiatry*, 16, 131-134. 1994

Coutinho, M.P.L. et al - Depressão um sofrimento sem fronteiras: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*. (8), 183-192. 2003

Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem, 2ª Edição, Outubro 2003, ISSN 972-98149-5-3.

Cuadra AR, Rami XG. - Salud mental. Processo de rehabilitación. In: Cuadra AR, Apalategui MV, organizadoras. *Enfermería: enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Barcelona: Salvat; 1991. p. 121-30

Decat CS, Laros JA, Araujo TCCF. Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF* 2009.

Dias, M., I. -O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo, Dissertação de mestrado, Coimbra. 2007

Dicionário Língua Portuguesa, Porto: Porto Editora, 2004. ISBN 972-0-01125-4

Direcção Geral da Saúde - Plano nacional de saúde mental. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. 2004

Dixon, L.B., Lehman, A.F – Family interventions for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1995

Edwards, Griffith – O tratamento do alcoolismo. Martins Fontes Editora: S. Paulo

Elhart, Dorothy – Princípios Científicos de Enfermagem. Lisboa: Livros Técnicos Lda., 1983. 159

Elvira, Leite; Manuela, Malpique - Trabalho de Projecto: leituras comentadas. 3ª Edição Porto: Afrontamento. 2001.

Ersoy M, Noyan A, Elbi H.- An open-label long-term naturalistic study of mirtazapine treatment for depression in cancer patients. Clin Drug Invest. 2008;28(2):113-120

Fazenda, Isabel. Saúde mental: Do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania - secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência. 2006

Faisal-Cury A, Tedesco JJ, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M.- Postpartum depression, in relation to life events and patterns of coping, arch Women Ment Health. 2004. P.123-31.

Fernandes, Cláudio. Et al. – Alcoolismo, Família e Tratamentos: Novas Linhas para a sua Abordagem na Casa de Saúde do Telhal. Revista Hospitalidade, Ano 60, Nº235, Abril - Junho, 1996, p.53-65.

Ferrito, Candida; Ruivo, Mª Alice; Nunes, Lucilia e Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010) – Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Revista Percursos Nº15, Janeiro/ Março – ISSN 1646-5067.

Figueiredo, Ana Paula.- Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cônjuge: implicações na qualidade de vida, morbilidade psicológica, representações da doença e stress pós-traumático. Tese de Mestrado, Universidade do Minho. 2007

Fortin, Marie-Fabienne- O Processo de Investigação- da concepção á realização, Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, Lda. 1999. ISBN 972-8383-10-X

Gameiro, J.- Voando sobre a psiquiatria. Porto edições. Afrontamento. 2ª Edição. 1999

Gameiro, Manuel H. - Sofrimento na Doença. Coimbra, Quarteto.1999

Gonçalves, Amadeu- A doença Mental e a cura: um olhar antropológico. 1987

GONÇALVES, Elsa; et al – Formação como estratégia de promover a reflexão na ação e a ação refletida. Pensar Enfermagem, vol. 1, n.º 2.1998, p11-16.

GOMES, Cristina Maria Pires Ribeiro – Papel do médico de família na detecção e intervenção dos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Jan. / Fev. 2004.

Guerra, Isabel – Introdução à Metodologia De Projecto. Lisboa. 1994

Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. Lung Cancer 2007.

Haber, Judith; Billings, Carolyn - Primary Mental Health Care: A Model for Psychiatric-Mental Health Nursing. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, vol. 1, n.º 5.1995.p. 154-163.

Harrison, Paul; Geddes, John; Sharpe, Michael – Guia prático de psiquiatria. Lisboa: Climepsi, 2006.

Hesbeen, Walter – Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na_Perspectiva do Cuidar. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

Holland JC.- Psychological care of patients: psycho-oncology's contributions. J Clin Oncol. 2003

Jann Mw, Slade Jh. -Antidepressant agents for the treatment of chronic pain and depression. Pharmacotherapy 2007. 27(11),p 1571-8

Le Boterf, Guy – Desenvolvendo a Competência dos Profissionais. 3ª Edição. Porto Alegre: Arte Médica, 2003, ISBN: 85-363-0129-5, p. 16-73.

Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: Ameta-analysis. 2007

Mackinnon, Roger A. – A entrevista psiquiátrica na prática diária. 4ª Edição. Artes Médicas, Porto Alegre. 1990.

McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed Da, NEMEROFF Cb.- Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. Arch Gen Psychiatry. 1995, p. 52, 89-99

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. - Family psychoeducation. Journal of Marital and Family Therapy. 2003

Ministério da Saúde - Plano Nacional de Acção 2004-2010: mais saúde para todos. (vol. I e II). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.

Mitchell AJ. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. J Natl Compr Canc Netw 2010.

Moretti FA, Caro LG - Terapias complementares no tratamento da depressão: acupuntura, exercício físico terapêutico, massoterapia e relaxamento - in. PsiqWeb, internet, disponível em www.psiqweb.med.br/. 2006

Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al. Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. Support Care Cancer 2008.

Moschler LB, Fincannon J.- Subspecialization within psychiatric consultation-liaison nursing. Arch Psychiatr Nurs 1992.

Mota, A.- Psiquiatria de Ligação. Medicina Interna Vol. 7, N. 4. 2000.

Nabais, António – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. Ordem dos Enfermeiros, n.º 30. p38-43. 2008

National Comprehensive Cancer Network. Practice Guidelines in Oncology. Distress management guidelines. V.1, 2008.

Neeb, K. – Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures. Lusociência. 2000.

Nunes, Lucília, AMARAL, Manuela, GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005, ISBN: 972-99646-0-2.

Olin J, Masand P.- Psychostimulants for depression in hospitalized cancer patients. Psychosomatics.1996.37(1), p57-62

Organização Mundial de Saúde – Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2002.

Organização Mundial de Saúde - Relatório Mundial da Saúde 2001 – saúde mental: nova compreensão, nova esperança. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, 2002.

Ordem dos enfermeiros – Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais._Ordem dos Enfermeiros, 2004

Ordem dos Enfermeiros – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, 2002.

Ordem Dos Enfermeiros – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: OE, 2001.

Ordem Dos Enfermeiros – Individualização das especialidades em Enfermagem. Fundamentos e proposta de sistema. Lisboa: OE, 2007.

Ordem Dos Enfermeiros – Matriz Cursos Especialidade. Lisboa: OE, 2008.

Otto, Shirley E. – Enfermagem em Oncologia. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.. ISBN 972-8383-12-6.1997. p. 249-251

Payne R. A.- Técnicas de Relaxamento. Um guia Prático para profissionais de Saúde. Loures: Lusociência, 2003.

Phaneuf, M.- Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.972-8383-84-3.2005

Peplau, HE.- Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson- Salvat.1990

Pirl Wf- Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. J Nat Cancer Institute Monographs. 2004. p.9-32

Plano Nacional de Saúde Mental - Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008.p1395-1409. 2007 -2016

Pratt, S. I., Rosenberg S., Mueser K. T., Brancato, J., Salyers M., Jankowski M. K., &

Descamps M. - Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health*. 2005

Kaplan, H. [et al.].- *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª Ed. (trad. Batista, D). Porto Alegre: Artemed, 1997.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro.

Rodgers et al – *Psychothérapie et relations romaines* – 5ª ed. Paris : Ed. Béatrice Nauwe Laerts, 1971. Vol. I

RUIVO, Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília. – Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. In *Revista Percursos* nº 15 Janeiro - Março 2010. ISSN 1646-5067.

Taylor, Cecelia - *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. 13ª Edição, Porto Alegre. Artes médicas.1992.

Teles, S. S.; Ribeiro, M. M. & Cardoso, V. - *A Psicologia na Área da Oncologia*.2003

Thompson, Ian et al. *Ética em enfermagem*. Lisboa. Lusociência, 2004.

Tomey, A. & Alligood, M. - *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: modelos e teorias de Enfermagem*. 5ª ed. (Trad. Ana Albuquerque). Loures: Lusociência, 2004

Tringali Rn. - The role of the psychiatric nurse consultant on a burn unit. *Issues Mental Health Nurs*. 1982 p.17-24.

Werebe, D. M. - Depressão no câncer. Em R. Fráguas Jr. & J. A. B. Figueiró (Orgs.). *Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu. 2000 p.159-164

Scherer, Z. A. P.; Scherer, E. A.; Labate, R. C- Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade?- *Rev. Latino-Am. Enfermagem* .2010

Stiefel R, Die Trill M et al.- Depression in palliative care: a pragmatic report from the

Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. Support Care Cancer 2001;9(7):477-488

União Europeia – Livro Verde. Melhorar a saúde mental da população: rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas: UE, 2005.

Voruganti, Laksmi; BAKER, Laura; AWAD, George – Anti-psicóticos de nova geração e comportamento de adesão. Current Opinion in Psychiatry: Edição Portuguesa, vol 1, n.º 3 .2008. p. 188-194.

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- <http://www.chbm.min-saude.pt/>-consultado em: 1 OUT. 2011

- www.portaldafisioterapia.com.br em: 5 OUT.2011

- www.infopedia.pt-consultado em 12 Out.2011

- www.priberam.pt consultado em 12 Out.2011

http://www.google.com/books?hl=ptPT&lr=&id=vPV25_ECyPEC&oi=fnd&pg=PA5&dq=relaxamento+jacobson+indica%C3%A7%C3%B5es&ots=Q2ZXa6LHuR&sig=gQyeXelsJaYhmtevn7uzV1cUjI8#v=onepage&q&f=false consultado em 19 Novembro de 2011

- <http://adorno.planetaclix.pt/tadorno20.htm>

- http://pt.wikipedia.org/wiki/Theodor_W._Adorno

- <http://culturareligare.wordpress.com/2011/10/26/adorno-e-a-cultura-de-massa/>

- <http://compreendendoainterconsultaapsiquiatria.com>, consultado em 11 nov.2013

- <http://interconsultaem enfermagem psiquiatria.com>: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade?, consultado em 11 nov.2013

APÊNDICE

Apêndice I- Artigo

“ Cuidar de Pessoas com Depressão- O uso do Relaxamento como Intervenção de Enfermagem”

Autores: Serra S.¹, Ramos L.², Lopes J³, Nunes L⁴

Resumo

A Direção Geral de Saúde (2003) refere que a **depressão** clínica é uma das principais morbilidades psiquiátricas da pessoa com doença oncológica, Para além do sofrimento pessoal e familiar intenso, a depressão clínica apresenta um impacto significativo na modulação da dor e está igualmente implicada no aumento do suicídio. Pode afetar pessoas de todas as idades.

O tratamento da depressão é realizado através de terapêutica farmacológica, de intervenções psicoterapêuticas ou da complementação de ambas. Existem outras técnicas que complementam o tratamento da depressão, nomeadamente, a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. O relaxamento engloba algumas técnicas responsáveis por promover um estado de equilíbrio da ansiedade e da tensão muscular, oferecendo alternativas de como lidar com o stress e com as alterações somático-mentais.

As técnicas psicoterapêuticas ocupam hoje um lugar de destaque na área da saúde porque dão ao Homem uma visão holística de si próprio, levam o indivíduo a refletir sobre todos os aspetos pessoais para viver mais harmoniosamente, proporcionando crescimento e desenvolvimento pessoal.

Os enfermeiros devem ter formação especializada que lhes permita intervir de forma adequada junto da pessoa e da

família, requisitos fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade e excelência.

Palavras-chaves: Cuidar, Depressão, técnica de relaxamento, Enfermagem Saúde mental e psiquiatria, Metodologia projeto.

Abstract:

The Directorate-General of Health (2003) states that clinical **depression** is one of the main psychiatric morbidities of the oncological patient. Beyond the intense personal and family suffering, clinical depression has a significant impact on the modulation of pain and is equally related to the increase of suicide.

Depression may affect people of all ages, from infancy through old age. Being the leading cause of disability and the second leading cause of loss of healthy life years among the most relevant 107 diseases and health issues, depression is recognized in the National Health Plan 2000-2010 as a primary problem of public health.

The treatment of depression is conducted by means of pharmacological therapy, psychotherapeutic interventions, or the supplementation of both. There are, however, other techniques that complement the treatment of depression, namely Jacobson's progressive relaxation technique. Relaxation involves some techniques that promote a balanced state of anxiety and muscle tension, thus offering alternatives for dealing with stress and somatic-mental changes.

Psychotherapeutic techniques have nowadays a prominent place in the field of health care because they give mankind a holistic view of itself, leading the individual to reflect on all personal aspects to live more harmoniously, thus generating personal growth and development. Nurses must be attentive to psychological aspects and possess specialized training that enables them to intervene adequately close to the person and the family, fundamental requirements for providing care of quality and excellence.

¹ Discente do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

² Docente Professor Mestre na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

³ Docente Professor Doutor na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

⁴ Docente Professora Doutora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Keywords: Care, Depression, Relaxation Technique, Mental Health and Psychiatric Nursing, Project Methodology.

INTRODUÇÃO

A **depressão** pode afetar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade. Os estados depressivos podem ser situações comuns e experienciadas por todos nós, no entanto, se este estado depressivo se mantém ou se agrava, pode dar origem a depressões mais graves. Sendo a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Os custos pessoais e sociais da doença são muito elevados.

A depressão é mais comum nas mulheres do que nos homens: um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, em 2000, mostrou que a prevalência de episódios de depressão unipolar é de 1,9 por cento nos homens e de 3,2 por cento nas mulheres. A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública.

Algumas doenças podem provocar ou facilitar a ocorrência de episódios depressivos ou a evolução para depressão crónica., assim como: as doenças infecciosas, a doença de Parkinson, o cancro, outras doenças mentais, doenças hormonais, a dependência de substâncias como o álcool, entre outras.

A doença oncológica é uma realidade com que cada vez mais cidadãos se têm de confrontar. A prevalência da doença oncológica é elevada, representando uma das principais causas de morte no mundo ocidental. A ameaça que exerce sobre a existência individual faz com que se acompanhe frequentemente de perturbações emocionais, incluindo depressão clínica. Embora a sua determinação não esteja isenta de problemas metodológicos, esta pode afetar

até 50% das pessoas, cursando com intenso sofrimento pessoal.

Segundo Bruno et al (2010), os fatores de risco para depressão em pessoas com doença oncológica são: isolamento social, perdas recentes, tendência para o pessimismo, presença de dor, dificuldades socioeconómicas, abuso de substâncias, alcoolismo e perturbações do humor ou tentativas de suicídio. O fator de risco mais relevante para depressão *major* num doente com cancro avançado é a existência de história prévia de depressão *major*; outros fatores incluem: idade jovem, escassa rede de apoio social e dor.

A depressão clínica segundo a direção geral de saúde (2003) coloca-se como uma das principais morbilidades psiquiátricas da pessoa oncológica, a evidência existente sobre a influência da depressão clínica como fator de risco para a doença oncológica e como modulador da sua evolução é escassa, mas a depressão *major* está claramente associada a diminuição da adesão à terapêutica, a estadias mais prolongadas no hospital e a redução da qualidade de vida.

A necessária abordagem compreensiva da depressão clínica em contexto de doença oncológica encontra diversos problemas metodológicos e práticos, desde a fiabilidade do diagnóstico aos procedimentos terapêuticos, passando pela capacidade dos técnicos de saúde reconhecerem a sua presença e pela validade e utilidade de instrumentos de rastreio.

É importante a necessidade dos técnicos de saúde disporem de tempo para o pessoa, o que maximiza a sua capacidade de deteção da depressão clínica e subsequente tratamento e permite estabelecer uma relação compreensiva e empática, validando a existência e o sofrimento da pessoa.

Existindo uma oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção que focalizasse a ajuda à pessoa com depressão, devido à

necessidade sentida pela equipa em ser mais proactiva no acompanhamento a pessoas internadas com este tipo de patologia. Constatou a necessidade de realizar sessões de “**Técnica de Relaxamento**” nas pessoas com depressão, devido a esta estar incorporada no projeto de formação de serviço e ser necessário o seu desenvolvimento, com atividades especializadas em enfermagem de saúde mental.

Segundo Teles et al (2003), o importante é diagnosticar transtornos do foro psiquiátrico e proporcionar à pessoa a ajuda psicoterapêutica e medicamentosa adequada, pois as pessoas com doença oncológicas são pessoas muito fragilizadas e frequentemente deprimidas e, por isso, necessitadas de ajuda para poderem recuperar o bem-estar e melhorar a qualidade de vida.

METODOLOGIA

Através de entrevista com alguns elementos da equipa de enfermagem, constatou a necessidade e a pertinência de realizar sessões de “**Técnica de Relaxamento**” nas pessoas com depressão, devido a esta estar incorporada no projeto de formação de serviço e ser necessário o seu desenvolvimento.

Verificou a existência de um número elevado de pessoas internados com o diagnóstico de Depressão, através da recolha de dados do livro de registo das pessoas no serviço, constando-se que no ano de 2010 deram entrada no serviço 88 pessoas com o diagnóstico depressão, sendo 63 mulheres e 25 homens e a média de idades de 48,57 anos.

A depressão ou episódio depressivo major caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou perda do interesse e prazer pela maior parte das atividades. Os principais sintomas são caracterizados por alterações no apetite ou peso, no sono, e na atividade psicomotora; assim como também por sentimentos de culpa, falta de concentração, pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida, planos e/ou

tentativas de suicídio (Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais [DSM-IV], 2002).

A depressão é uma doença mental caracterizada por tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse por atividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil. No entanto, há quem manifeste a depressão com sintomas exclusivamente ansiosos.

Segundo a **CIPE** (2005), a depressão é definida como uma emoção com características específicas, sendo um estado em que a disposição está reprimida causando tristeza, melancolia, astenia, concentração diminuída, sensação de culpa, deterioração de compreensão e sintomas físicos, incluindo a insónia perda de apetite e dor de cabeça.

Para Songey, Azevedo & Teixeira citados por Coutinho (2003, pag.183), o indivíduo que sofre de depressão “*depara-se com sentimentos e pensamentos de pessimismo, desamparo, tristeza profunda, apatia, falta de iniciativa, descontentamento físico, dificuldade na organização e fluidez das ideias, comprometimento do julgamento cognitivo entre outros sintomas.*”

O tratamento da depressão e da ansiedade compreende abordagens complementares, psicofarmacológica, psicoterapêutica e psicossocial. A abordagem psiquiátrica da pessoa oncológico tem como objetivos minimizar o sofrimento, proporcionar a melhor qualidade de vida possível e melhorar a saúde em geral e a adesão ao tratamento.

O tratamento da pessoa com doença oncológica deve ser preferencialmente realizado por uma equipa multidisciplinar, que inclua médicos de família, oncologistas, cirurgiões, psiquiatras e enfermeiros especialistas. A maior parte dos estudos de tratamento da depressão em pessoas oncológicas utilizaram intervenções psicossociais, entre as quais

psico-educação, aconselhamento, apoio social, psicoterapia individual e de grupo e técnicas de relaxamento.

O tratamento da depressão é realizado através de terapêutica farmacológica, de intervenções psicoterapêuticas ou da complementação de ambas. Sendo as intervenções psicoterapêuticas utilizadas nas situações ligeiras e reativas às adversidades da vida bem e em associação com medicamentos nas situações moderadas e graves.

Os medicamentos usados no tratamento das depressões são designados por antidepressivos, sendo estes os medicamentos utilizados para o tratamento das depressões moderadas e graves e das depressões crónicas, podendo ser úteis nas depressões ligeiras e não criam habituação nem alteram a personalidade da pessoa. Estes medicamentos são cada vez mais eficazes no controlo e tratamento da depressão, o tratamento dura no mínimo quatro a seis meses, estes medicamentos não têm efeito imediato, pode demorar algumas semanas. Geralmente, 65% das pessoas melhora ao fim de 3 meses de tratamento, começa-se a melhorar em 2 a 3 semanas mas deve-se descontinuar o antidepressivo de forma gradual para evitar sintomas.

No Tratamento não farmacológico, temos a psicoterapia, que compreende os diversos tipos de tratamento psicológico (individual, grupo e familiar) e a electroconvulsivo terapia. A electroconvulsivo terapia (ECT), provoca uma convulsão através de uma descarga eléctrica, fenómeno que altera a condução eléctrica cerebral.

Existem no entanto, outras técnicas que são bastantes uteis e que complementam o tratamento da depressão nomeadamente, o relaxamento progressivo, técnica de Jacobson. O relaxamento engloba algumas técnicas responsáveis por promover um estado de equilíbrio da ansiedade e da tensão muscular, oferecendo alternativas de como lidar com o stress e com as alterações somático-mentais.

Os antecedentes históricos do relaxamento são antigos, já os Egípcios, os Astecas, Mayas, Quíchuas e Incas pesquisavam as forças internas do ser humano com fins medicinais e entre estes estudos dominava e praticavam o relaxamento e o hipnotismo (Santos, 2006).

A evolução das técnicas de relaxamento ao longo do séc. XX e sua consolidação como os procedimentos válidos de intervenção psicológica, deveu-se, em grande parte, ao forte impulso que receberam dentro da terapia e modificação do comportamento. As técnicas do relaxamento constituem um conjunto de procedimentos de intervenções úteis não só no âmbito da Psicologia Clínica e da saúde, como também no da fisioterapia aplicada em geral.

O relaxamento constitui um típico processo psicofisiológico de carácter interativo, onde o fisiológico e o psicológico interagem sendo partes integrantes do processo como causa e como produto. Sendo assim, qualquer definição de relaxamento deve fazer referência a seus componentes fisiológicos; subjetivos e comportamentais. Algumas intervenções para promoverem o relaxamento incluem meditação, relaxamento muscular progressivo, hipnose, técnicas que preconizam a respiração e a concentração.

A realização de sessões de relaxamento de Jacobson tem como objetivo geral:

- Proporcionar à pessoa conforto e bem-estar através de técnicas de relaxamento.

Como objetivos específicos:

- Realização de sessões segundo o Modelo psicoterapêutico de Jacobson;
- Selecionar as pessoas segundo critérios de inclusão e exclusão;
- Avaliar as sessões através de registos e instrumentos (Inventário de Beck II e questionário).

Segundo Payne (2000), algumas das patologias que poderão usufruir da realização de sessões de relaxamento segundo o Modelo de Jacobson, são: ansiedade; pânico; depressão; dependências de substâncias, como tabaco, álcool e benzodiazepinas; perturbações alimentares; insónia, etc.

O relaxamento constitui um típico processo psicofisiológico de carácter interativo, onde o fisiológico e o psicológico interagem sendo partes integrantes do processo como causa e como produto. Sendo assim, qualquer definição de relaxamento deve fazer referência a seus componentes fisiológicos; subjetivos e comportamentais. Algumas intervenções para promoverem o relaxamento incluem meditação, relaxamento muscular progressivo, hipnose, técnicas que preconizam a respiração e a concentração.

A maioria das técnicas de relaxamento preocupa-se com a concentração e com a respiração, sendo estas partes importantíssimas do relaxamento. O pessoa deve ser instruído para que se imagine num lugar que se sinta bem e longe de seus problemas de quotidiano e que, provavelmente, estejam causando seu desconforto, deve ser sempre influenciado com pensamentos e palavras boas e a imaginar que as energias negativas são retiradas de seu corpo (Figueiró, 2005).

Os terapeutas frequentemente utilizam a técnica de relaxamento muscular progressivo ou profundo de Jacobson com algumas variações, no tratamento da depressão. Esta técnica tem como premissa básica a tensão muscular que está de algum modo relacionada com a ansiedade, e que um indivíduo experimentará uma redução bastante acentuada e reconfortante da ansiedade sentida, se os músculos tensos puderem ser relaxados. Um método poderoso e eficaz para induzir tal estado de relaxamento sucessivo de músculos voluntários numa sequência ordenada até

que os grupos musculares principais do corpo estejam relaxados.

A técnica de relaxamento deve ser ensinada e explicada pelo terapeuta, começa com uma explicação dos fundamentos e importância do relaxamento muscular profundo. Durante esta introdução e no procedimento restante, deve utilizar um tom de voz calmo e seguro, que irá provavelmente facilitar o relaxamento, constituindo uma maneira eficaz de estabelecer um relacionamento e confiança na competência do terapeuta.

Esta técnica deve ser realizada num ambiente calmo, com luz ténue, a pessoa deve sentar-se com a cabeça apoiada ou deitar-se num colchão, de forma a que esteja confortável, inclusive desapertando as roupas que eventualmente estejam apertando, descruzando as pernas, e apoiando todo o corpo na cadeira ou colchão. Ao verificar que a pessoa está "relaxando" começa-se a sequência de exercícios.

Cada músculo ou agrupamento muscular é tensionado de 5 a 7 segundos e então relaxado, de 20 a 30 segundos. Este procedimento é repetido pelo menos uma vez. Se determinada região continuar tensa, pode-se praticar até 5 vezes. Deve-se recomendar ao pessoa que ele contraia apenas o grupo muscular que foi pedido, fazendo um esforço consciente para não contrair outros, sugerindo à pessoa a utilizar o "relaxamento controlado por sinal" que utiliza uma palavra como: - "Calma, relaxe", para ser dita ao deixar o ar sair a cada vez que ele expirar. A sequência do exercício será:

- 1º - Mão, antebraço e bíceps dominantes. Aperta o punho, empurra o cotovelo contra o braço da poltrona e depois o mesmo com o membro não dominante.
- 2º - Região frontal e couro cabeludo. Levanta sobrancelhas tão altas quanto possível, olhos e nariz; aperta-se os olhos e ao mesmo tempo enrugam-se o nariz.
- 3º - Boca e mandíbula. Aperta os dentes enquanto se levam as comissuras da boca

em direção às orelhas; aperta a boca para fora; abre a boca.

- 4º - Pescoço, dobra para a direita, para a esquerda, para diante e para trás.

- 5º -- Ombros, peito e costas. Inspira profundamente, mantendo a respiração, ao mesmo tempo em que se elevam os ombros para trás tentando juntar as omoplatas.

- 6º - Estômago. Encolhe contendo a respiração; solta-se.

- 7º - Perna e músculo direito. Tenta subir a perna com força sem tirar o pé do chão.

- 8º - Panturrilha. Dobra o pé para cima estirando os dedos, sem tirar o calcanhar do chão.

- 9º - Pé direito. Estende a ponta do pé e dobra os dedos para dentro.

- 10º - Perna, panturrilha e pé esquerdo, os exercícios iguais ao direito

- 11º - Sequência completa de músculos, apenas relaxamento.

No final da sessão de relaxamento, deve-se incentivar as pessoas a praticarem o relaxamento e avaliar a sessão e se os objetivos da mesma foram atingidos.

Dias (2007), menciona que os benefícios do relaxamento são: bem-estar emocional; maior equilíbrio interno; maior capacidade de auto-monitorização; maior tranquilidade; aumento da vitalidade; maior controle da dor e diminuição da agressividade.

RESULTADOS

Segundo Carvalho et al (2001), a avaliação deve ser contínua ao longo do projeto permitindo uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados. A avaliação deve fornecer elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência entre o projeto e o problema, a eficiência e a eficácia entre a ação e os resultados.

Os instrumentos de avaliação que serão utilizados para a avaliação dos resultados das intervenções, tendo sido utilizado o Inventário de Depressão de Beck II e um questionário, aplicado às pessoas antes e

após cada sessão de relaxamento. Os instrumentos podem ser a entrevista, as escalas de avaliação, a observação, os questionários e ou uma linguagem classificada de enfermagem.

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II*), criado por Aaron Beck, consiste num questionário de auto-relato com 21 itens de múltipla escolha, sendo um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a severidade de episódios depressivos.

O inventário de Beck foi validado pelo Prof. Rui Campos para a população portuguesa (Anexo I). A pontuação final é o somatório da pontuação em todos os itens. A escala é a seguinte: 0-13 sintomatologia mínima, 14-19 ligeira; 20-28 moderada; 29-63 sintomatologia grave.

A escala é largamente utilizada como ferramenta por profissionais de saúde e pesquisadores em uma variedade de contextos clínicos e de pesquisa. Embora desenhado como um instrumento de rastreio e não como ferramenta diagnóstica, este pode ser utilizada por profissionais de saúde para obter um rápido diagnóstico.

Moretti (2006) refere que estudos recentes realizados pelo Grupo de Colaboração Psicossocial a Oncologia, demonstraram que as técnicas de relaxamento obtiveram sucesso no controle da ansiedade, dor, náuseas e vômitos em pessoas submetidos à quimioterapia. O estudo apontou que os sintomas de ansiedade e depressão são comuns e que as técnicas meditativas foram efetivas na redução dos traços depressivos e ansiosos.

Segundo Reynolds, citado por Moretti (2006), uma pesquisa comparativa realizada entre o relaxamento e técnicas de terapia comportamental em adolescentes deprimidos. O estudo foi composto por 10 sessões, de 50 minutos de relaxamento muscular progressivo, em que a 1ª sessão começou com a introdução do programa de

tratamento. O terapeuta explicou todos os objetivos das sessões e as pessoas foram treinadas a perceber os momentos de stress que geravam tensão muscular associados à depressão. Nas sessões seguintes as pessoas foram ensinadas a relaxar grandes grupos musculares, seguindo os princípios do relaxamento muscular progressivo. As pessoas eram incentivadas a utilizar os ensinamentos obtidos nas sessões em situações que pudessem gerar stress e tensão muscular. Na última sessão foi entregue o programa do tratamento e os indivíduos foram encorajados a realizar relaxamentos em possíveis fontes de stress futuras. O relaxamento mostrou-se superior à técnica comportamental na redução da ansiedade e do stress, além de maior eficácia no controle dos sintomas depressivos.

Tal como refere Dias (2007), os benefícios do relaxamento são: bem-estar emocional; maior equilíbrio interno; maior capacidade de auto-monitorização; maior tranquilidade; aumento da vitalidade; maior controlo da dor e diminuição da agressividade.

O relaxamento é utilizado no controlo da ansiedade e nas pessoas mais emotivos; este poderá ajudar o indivíduo a desenvolver “diálogos internos” mais coerentes e ajustados, uma vez que reduz a ansiedade no que diz respeito a determinados contextos. O relaxamento cria um espaço para fazermos uma auto-avaliação, para nos consciencializarmos da maneira como respiramos, do bem-estar, ou do mal-estar a que nos sujeitamos com a nossa forma habitual de estar e pensar. Esta tomada de consciência muitas vezes conduz à resolução de problemas há muito enraizados na mente, bem como, a mudança da estrutura do pensamento (Dias, 2007).

Permite que a pessoa se torne mais consciente de si mesma e mais atenta ao seu interior, observar as reações emocionais a partir de outra perspetiva, percebendo muitas vezes que algumas das suas sensações corporais são criadas

pelos seus pensamentos. Assim, estaremos a proporcionar à pessoa estratégias para promover o desenvolvimento das suas capacidades e estratégias para fazer face a problemas. Em simultâneo, o enfermeiro estabelece uma relação de ajuda e promove o processo terapêutico.

O papel do enfermeiro é o de promover e reforçar as mudanças na pessoa, deve reforçá-las diferencialmente de forma efetiva e de acordo com seus sentimentos. A pessoa precisa sentir que o enfermeiro se preocupa e tem cuidado com ele, e esse contexto terapêutico ampliará a possibilidade para que a pessoa se engaje em mudanças. Para isso, é importante manter o foco da terapia no momento e ao fazer isso, o enfermeiro pode relacionar problemas relatados pela pessoa, de fora da sessão, com a relação terapêutica, abrindo a possibilidade para responder aos comportamentos da pessoa que ocorrem no contexto da sessão (Callaghan et al, 1996). A aliança terapêutica tem se mostrado como um fator de sucesso nos tratamentos

Segundo Peplau (1990, p.37), “*a enfermagem é um processo terapêutico visando satisfazer as necessidades do paciente, interpessoal por ser uma interação entre dois ou mais indivíduos e educativo por promover o desenvolvimento das capacidades do paciente para enfrentar os problemas e conseguir o equilíbrio.*”

Esta autora, defende o papel único dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria pois são aqueles que são capazes de conseguir integrar de forma apropriada a abordagem das necessidades físicas e psíquicas num mesmo plano terapêutico, fornecendo educação para a saúde, coordenando os cuidados, supervisionando outras ajudas domiciliárias de saúde e integrando a família e outros elementos significativos nos sistemas de apoio à pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American psychiatric association. DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed., pp. 297-331.). (José Almeida, trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000). 2002.
- Beck, Aaron T et al – Terapia Cognitiva da Depressão. Artmed: S. Paulo. ISBN: 85-7307-248-2.1997.
- Butt, Maria; SILVA, Maria – Enfermagem de Saúde Mental e cuidados Primários de saúde: possibilidades e desafios. Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental, vol. 4, n.º 7. 2008 - - Bruno Trancas, Graça Cardoso et al - Depressão no doente oncológico, Considerações Diagnósticas e Terapêuticas. Artigo de revisão, Acta Med Port 2010; 23: 1101-1112
- Coutinho, M.P.L. et al - Depressão um sofrimento sem fronteiras: representações sociais entre crianças e idosos. Psico-USF. (8), 183-192. 2003
- Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem, 2ª Edição, Outubro 2003, ISSN 972-98149-5-3.
- Decat CS, Laros JA, Araujo TCCF. Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. Psico-USF 2009.
- Dias, M., I. -O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo, Dissertação de mestrado, Coimbra. 2007
- Direcção Geral da Saúde - Plano nacional de saúde mental. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. 2004
- Elhart, Dorothy – Princípios Científicos de Enfermagem. Lisboa: Livros Técnicos Lda., 1983. 159
- Fazenda, Isabel. Saúde mental: Do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania - secretariado nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência. 2006
- Ferrito, Candida; Ruivo, Mª Alice; Nunes, Lucília e Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010) – Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Revista Percursos Nº15, Janeiro/ Março – ISSN 1646-5067.
- Fortin, Marie-Fabienne- O Processo de Investigação- da concepção á realização, Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, Lda. 1999. ISBN 972-8383-10-X
- Gameiro, J.- Voando sobre a psiquiatria. Porto edições. Afrontamento. 2ª Edição. 1999
- Gameiro, Manuel H. - Sofrimento na Doença. Coimbra, Quarteto.1999
- GONÇALVES, Elsa; et al – Formação como estratégia de promover a reflexão na ação e a ação refletida. Pensar Enfermagem, vol. 1, n.º 2.1998, p11-16.
- Guerra, Isabel – Introdução à Metodologia De Projecto. Lisboa. 1994
- Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. Lung Cancer 2007.
- Harrison, Paul; Geddes, John; Sharpe, Michael – Guia prático de psiquiatria. Lisboa: Climepsi, 2006.
- Hesbeen, Walter – Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.
- Holland JC.- Psychological care of patients: psycho-oncology's contributions. J Clin Oncol. 2003
- Mackinnon, Roger A. – A entrevista psiquiátrica na prática diária. 4ª Edição. Artes Médicas, Porto Alegre. 1990.
- Mcdaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed Da, NEMEROFF Cb.- Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. Arch Gen Psychiatry. 1995, p. 52, 89-99
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. - Family psychoeducation. Journal of Marital and Family Therapy. 2003
- Ministério da Saúde - Plano Nacional de Acção 2004-2010: mais saúde para todos. (vol. I e II). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- Mitchell AJ. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. J Natl Compr Canc Netw 2010.
- Moretti FA, Caro LG - Terapias complementares no tratamento da depressão: acupuntura, exercício físico terapêutico, massoterapia e relaxamento - in. PsiqWeb, internet, disponível em www.psiqweb.med.br/. 2006
- Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al. Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy: an audit of a clinical screening project. Support Care Cancer 2008.
- Moschler LB, Fincannon J.- Subspecialization within psychiatric

consultation-liaison nursing. Arch Psychiatr Nurs 1992.

- Mota, A.- Psiquiatria de Ligação. Medicina Interna Vol. 7, N. 4. 2000.

- Nabais, António – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. Ordem dos Enfermeiros, n.º 30. p38-43. 2008

- National Comprehensive Cancer Network. Practice Guidelines in Oncology. Distress management guidelines. V.1, 2008.

- Neeb, K. – Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. Loures. Lusociência. 2000.

- Olin J, Masand P.- Psychostimulants for depression in hospitalized patients. Psychosomatics.1996.37(1), p57-62

- Organização Mundial DE Saúde – Relatório Mundial de Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2002.-

- Organização Mundial da Saúde - Relatório Mundial da Saúde 2001 – saúde mental: nova compreensão, nova esperança. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa, 2002.

- Ordem dos Enfermeiros – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, 2002.

- Ordem Dos Enfermeiros – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: OE, 2001.

- Otto, Shirley E. – Enfermagem em Oncologia. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.. ISBN 972-8383-12-6.1997. p. 249-251

- Payne R. A.- Técnicas de Relaxamento. Um guia Prático para profissionais de Saúde. Loures: Lusociência, 2003.

- Phaneuf, M.- Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.972-8383-84-3.2005

- Peplau, HE.- Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat.1990

- Plano Nacional de Saúde Mental - Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008.p1395-1409. 2007 -2016

- Pratt, S. I., Rosenberg S., Mueser K. T., Brancato, J., Salyers M., Jankowski M. K., &

Kaplan, H. [et al.]- Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª Ed. (trad. Batista, D). Porto Alegre: Artemed, 1997.

-Rodgers et al – Psychothérapie et relations romaines – 5ª ed. Paris : Ed. Béatrice Nauwe Laerts, 1971. Vol. I

Taylor, Cecelia - Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. 13ª Edição, Porto Alegre. Artes médicas.1992.

-Teles, S. S.; Ribeiro, M. M. & Cardoso, V. - A Psicologia na Área da Oncologia.2003

-Thompson, Ian et al. Ética em enfermagem. Lisboa. Lusociência, 2004.

-Tomey, A. & Alligood, M. - Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: modelos e teorias de Enfermagem. 5ª ed. (Trad. Ana Albuquerque). Loures: Lusociência, 2004

-Werebe, D. M. - Depressão no câncer. Em R. Fráguas Jr. & J. A. B. Figueiró (Orgs.). Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu. 2000 p.159-164

-Scherer, Z. A. P.; Scherer, E. A.; Labate, R. C- Interconsulta em enfermagem psiquiátrica: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade?- Rev. Latino-Am. Enfermagem .2010

-Stiefel R, Die Trill M et al.- Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. Support Care Cancer 2001;9(7):477-488

REFERÊNCIAS ELECTRÔNICAS

- <http://www.chbm.min-saude.pt/>- consultado em: 1 OUT. 2011

- www.portaldafisioterapia.com.br em: 5 OUT.2011

- www.infopedia.pt-consultado em 12 Out.2011

- www.priberam.pt consultado em 12 Out.2011

http://www.google.com/books?hl=ptPT&lr=&id=vPV25_ECyPEC&oi=fnd&pg=PA5&dq=relaxamento+jacobson+indica%C3%A7%C3%B5es&ots=Q2ZXa6LHuR&sig=qQyeXeIsJaYhmtevn7uzV1cUjl8#v=onepage&q&f=false consultado em 19 Novembro de 2011

- <http://adorno.planetaclix.pt/tadorno20.htm>

- [http://pt.wikipedia.org/wiki/Theodor W. Adorno](http://pt.wikipedia.org/wiki/Theodor_W._Adorno)

- <http://culturareligare.wordpress.com/2011/10/26/adorno-e-a-cultura-de-massa/>

- <http://compreendendoainterconsulta.psiquiatria>, consultado em 11 nov.2013

- <http://interconsultaem enfermagem.psiquiatria: qual a compreensão do enfermeiro sobre esta atividade?>, consultado em 11nov.2011

